



AnNet-Projekt (Hrsg.)

AnNet-ARBEITSBUCH

Ein Buch von Angehörigen
für Angehörige, Praktiker* und Entscheider



UV Universitätsverlag
Hildesheim

* Auch wenn sich die AnNet Gruppen für die männliche Schreibform entschieden haben, spielten Themen wie Gender und Genderungerechtigkeiten auch für Angehörige eine große Rolle und wurden in den AnNet Gruppen immer wieder thematisiert. Wir freuen uns, wenn sich Menschen jeglichen Geschlechts von unserer Veröffentlichung gleichermaßen angesprochen fühlen.



AnNet-Projekt (Hrsg.)

AnNet-ARBEITSBUCH

Ein Buch von Angehörigen
für Angehörige, Praktiker* und Entscheider

UV Universitätsverlag
Hildesheim

Inhalt

3	1. Mitarbeitende
4	2. Vorwort
5	3. Den Stein ins Rollen bringen – Welche Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige gibt es und wie lässt sich die Kommunikation aller Beteiligten verbessern? AnNet Gruppe Hildesheim
25	4. Von der Bedarfserhebung zur Entwicklung regionaler Initiativen und Netzwerke – eine ›Landkarte‹ durch zwei Jahre AnNet Projekt in Peine, Landau und Salzgitter
55	5. Voneinander lernen und Hilfe für Angehörige gemeinsam verbessern – es hat sich viel getan in Peine
58	5.1. Perspektiven angehender Fachkräfte des Sozial- und Gesundheitswesens auf Angehörige und suchtbetroffene Familien
76	5.2. Dream-Team Peine – Vernetzte Unterstützung für junge Menschen aus suchtbetroffenen Familien
100	5.3. Symptome mit System
115	6. Nur du allein kannst es schaffen, aber du schaffst es nicht allein – Forschung mit und für Angehörige und suchtbetroffene Familien in Landau in der Pfalz
118	6.1. Klinik Transparent
144	6.2. Suchtbetroffenen Familien mit Kindern gemeinsam helfen
152	6.3. Neue Hilfsangebote für Angehörige und betroffene Familien
175	7. Für jeden Angehörigen das passende Angebot – Forschung und Vernetzung in und aus Salzgitter
178	7.1. Was Angehörige wollen – die AnNet Zukunftswerkstatt
192	7.2. Vernetzte Hilfe für Eltern und Lehrer suchtfährdeter und suchterkrankter ›Kinder‹: EuLe – Eltern und Lehrer engagiert
202	7.3. Abstinenz gemeinsam (er)leben
225	8. Sucht und Beschäftigungsfähigkeit: Durch Austausch und Forschung die Teilhabeprozesse Angehöriger am Arbeitsmarkt besser verstehen und fördern (Check-UP)
232	8.1. Hinweisliste: Herausforderungen Angehöriger am Arbeitsmarkt
242	8.2. Leitfaden für ein ›Präventionsgespräch‹ mit Angehörigen im Arbeitsmarktkontext
246	8.3. Empfehlungen zur Förderung der Arbeitsmarktteilhabe Angehöriger
252	9. Impressum

Am AnNet Arbeitsbuch haben mitgearbeitet¹



¹Es bestand die Möglichkeit mit vollem Vor- und Zunamen, mit dem eigenen Vornamen, mit einem Pseudonym oder nicht namentlich genannt zu werden.

AnNet – WIR BRAUCHEN MEHR PARTIZIPATIVE FORSCHUNG!

Sie halten gerade ein besonderes Buch in der Hand. Erstmals haben Angehörige selbst geforscht, um für Angehörige neue Perspektiven auf ihre Situation im Kontext von Suchterkrankungen zu eröffnen. Es ist ein Buch, das aber nicht nur für Angehörige von besonderer Bedeutung ist, sondern auch für die Wissenschaft.

Wissenschaft wird von Wissenschaftlern gemacht. Dies ist sicherlich richtig und – zugegeben – banal. Doch es gilt auch die Frage zu stellen, wer Wissen schafft, das für die Verbesserung von Lebenssituationen und die Unterstützung von Menschen in unterschiedlichen Konstellationen von Bedeutung ist. Dies kann die Wissenschaft oder besser: dies können die Wissenschaftler, die in den etablierten Institutionen der Wissenschaft, den Hochschulen und Forschungsinstituten sitzen, nicht allein.

Dieses Buch hilft darum auch der Wissenschaft. Es öffnet den Kreis der Wissenschaftlern um die Gruppe der Angehörigen. Diese erweitern nicht nur den Blick der Wissenschaft, sondern schaffen neues Wissen und fordern neue Fragen und Untersuchungen heraus.

In der wissenschaftlichen Diskussion wird dieser Ansatz partizipative Forschung genannt. Der Ausdruck ist etwas sperrig und kühl. Er bringt nicht richtig die schönen, gemeinsamen, emotionalen, aber auch kontroversen und leidvollen Prozesse zum Ausdruck, die in einem Forschungsprozess, wie er diesem Buch zu Grunde liegt, stecken.

Forschen wird durch diese Prozesse sozial zurückgebunden und damit auch mit den sozialen Freuden, Ambivalenzen und vielfältigen Erfahrungen belebt, die den Alltag insgesamt auszeichnen.

Wir möchten mit diesem Vorwort zum Ausdruck bringen, dass wir dankbar und froh sind, dass wir uns mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit auf diesen Prozess einlassen durften. Wir sind froh, dass wir mit den Angehörigen zusammen forschen durften. Wir sind auch froh für die Wissenschaft, die durch die Forschungsprozesse von AnNet bereichert wird. Wir möchten darum vor allem »Danke« sagen, an alle, die sich über den gesamten Zeitraum oder auch nur kurzfristig auf diesen Prozess eingelassen haben.

Zudem möchte wir bei allen Wissenschaftlern und denjenigen, die es auch noch nicht sind, dafür werben: Lassen Sie sich auf Prozesse partizipativer Forschung ein. Es lohnt sich. Sie schaffen damit Wissen, das Sie und uns alle weiterbringt.

Wir brauchen mehr partizipative Forschung, so unser Fazit!

Ihnen eine angenehme Lektüre

Jessica Böker, Christiane Drozd, Tatjana Gottschalk, Friederike Herold, Christine Hofheinz, Julia Lack, Tabea Noack, Marion Schnute, Wolfgang Schröer, Renate Soellner (Projektteam an der Universität Hildesheim)

»DEN STEIN INS ROLLEN BRINGEN«

WELCHE UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR ANGEHÖRIGE GIBT ES UND WIE LÄSST SICH DIE KOMMUNIKATION ALLER BETEILIGTEN VERBESSERN?

Die Hildesheimer Gruppe bestand aus Müttern und Partnerinnen von Personen mit problematischem Konsum. Sie traf sich regelmäßig ein- bis zweimal im Monat abends für zwei- einhalb Stunden an der Universität Hildesheim. Nach einer ersten Informationsveranstaltung bildete sich schnell eine feste Gruppe, die sehr engagiert diverse Themen einbrachte und diskutierte. Zu Beginn wurde erst einmal gesammelt, welche Ideen, Interessen und Fragen überhaupt bestehen und es zeigte sich ein sehr buntes und vielfältiges Bild:



Aus dieser Sammlung ließen sich zunächst die folgenden Interessen und Schwerpunkte zusammenfassen:

- Informationen zu Sucht (Was ist Sucht? Was passiert im Körper? Warum werden manche Menschen süchtig? → Idee: Wir könnten einen Ex-Süchtigen einladen und befragen)
- Hilfe von außen – Welche Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige gibt es? (u.a. Suchtberater, spezielle Beratungsangebote, Vernetzung der Anlaufstellen in Hildesheim)
- Stempel »Sucht«
- Rückfallangst → »immer auf der Hut sein«
- Konfliktmanagement (Wie kann ich mit Eskalationen umgehen, welche Kommunikation ist günstig, wo bekomme ich Hilfe?)
- Angehörige im Behandlungsalltag des Betroffenen (u.a. Problem der fehlenden Kommunikation mit Angehörigen, Schwierigkeiten durch Schweigepflicht bei volljährigen Kindern, wenig Vorbereitung auf das, was auf Angehörige nach der Behandlung zu kommt, wenig Vernetzung mit anderen Stellen in Hildesheim → Gespräch mit örtlicher Klinik möglich?)

In den anschließenden Diskussionen wählte die Hildesheimer Gruppe als erstes Thema »Hilfe von außen – Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es für Angehörige?« aus und organisierte einen Workshop, bei dem ein spezielles Hilfsangebot für Angehörige vorgestellt wurde. Anschließend beschäftigten sich die Angehörigen mit ihrer Rolle im Behandlungsalltag des Betroffenen und es kam zu einem Austausch mit Vertretern eines örtlichen Krankenhauses. Im Anschluss an diesen beiden Themen zeigte sich, dass es noch viele offene Fragen sowie ein großes Interesse am Thema Kommunikation/Konfliktmanagement gab, so dass die Gruppe hier einen dritten Schwerpunkt setze. Darüber hinaus bestand auch weiterhin ein Interesse an den anderen Themen, die gemeinsame Zeit reichte aber nicht mehr aus, um auch diese zu bearbeiten.

Im Verlauf des gemeinsamen Jahres veränderte sich auch die Gruppenzusammensetzung etwas, einige Teilnehmerinnen konnten aufgrund von persönlichen Veränderungen nicht mehr kommen, andere nahmen nur an den Terminen teil, die genau ihr Interesse trafen (z.B. der Austausch mit der örtlichen Klinik). Am Ende blieb ein fester Kern von Angehörigen, die auch außerhalb der Gruppentreffen mittels sozialer Medien miteinander in Kontakt blieben und auch weiter bleiben wollen. Und nicht zuletzt ist auch wichtig zu betonen, dass in den Gruppentreffen trotz der oft ernsten Themen viel gelacht wurde. Kekse und Heiß- und Kaltgetränke haben ihr Übriges dazu getan, dass die Treffen, wie eine Angehörige es formulierte, »entscheidend zur Psychohygiene beigetragen haben.«

Angehörigen wieder mehr Gewicht geben – Arbeiten mit dem CRAFT-Ansatz

In der Hildesheimer Gruppe beschäftigten sich die Teilnehmerinnen mit der Frage, welche Hilfsangebote und Programme für Angehörige bereits existieren. Eine Teilnehmerin brachte einen Artikel über den CRAFT-Ansatz mit in die Runde und berichtete von verschiedenen Bestandteilen des Programms. CRAFT steht für *Community Reinforcement and Family Training* und stammt ursprünglich aus Nordamerika. Eine andere Gruppenteilnehmerin erkannte Bestandteile des Programms aus Gesprächen

HINTERGRUND

mit ihrem Suchtberater wieder und in der anschließenden Diskussion bekundeten viele

Gruppenmitglieder Interesse daran, sich weiter mit diesem Ansatz zu beschäftigen. So entstand die Idee einen der Vertreter des CRAFT-Ansatzes zu einem Workshop einzuladen, um das Programm näher kennenzulernen und seinen Nutzen für Angehörige zu erforschen.

Im Vorfeld des Workshops las die Gruppe einige Artikel über CRAFT, die in Fachzeitschriften veröffentlicht wurden. Allerdings waren diese Artikel nicht für Laien geschrieben und so gab es viel Diskussion über die Bedeutung einzelner Begriffe mit den Mitarbeiterinnen der Universität. Aus diesen Diskussionen ergab sich dann der Wunsch, sich in dem Workshop vor allem auf vier Bausteine des CRAFT-Ansatzes zu konzentrieren:

- Strategien gegen Gewalt (Umgang mit aggressivem Verhalten)
- Kommunikationstraining
- Strategien zur Verbesserung der eigenen Lebensqualität
- Strategien um die Behandlungsmotivation der suchtkranken Person zu erhöhen



Wenn ein Familienmitglied von einer Sucht betroffen ist, gerät die ganze Familie aus dem Gleichgewicht. Der Schwerpunkt liegt dann auf dem Betroffenen.

Insgesamt werden bei CRAFT sieben Themen behandelt (die weiteren sind *Funktionale Verhaltensanalysen, Nutzung positiver Konsequenzen und Nutzung negativer Konsequenzen*), aber die Gruppe war sich einig darin, dass diese vier Themen für sie die alltagsrelevantesten sind. Zwischen den ganzen Belastungen des Alltags gehen die eigenen Bedürfnisse häufig verloren, so die Erfahrung, und irgendwann weiß man gar nicht mehr, was



einem selbst gut tut. Am Ende hat man gar keine Bedürfnisse mehr, sondern ist immer in Alarmbereitschaft. Man selbst geht verloren. Deshalb ist es so wichtig für Angehörige das Thema *eigene Lebensqualität* wieder mehr

in den Vordergrund zu rücken. Im Alltag mit dem Betroffenen erleben sich Angehörige oft »wie in einem Hamsterrad«, aus dem sie allein kaum herausfinden. Es werden immer wieder die gleichen Gespräche geführt und man hat das Gefühl, dass sich nichts verändert. Daher verband die Gruppe mit dem Thema *Kommunikationstraining* die Hoffnung Strategien zu erlernen, die helfen aus diesem Hamsterrad herauszukommen. Ein Ziel des CRAFT-Ansatzes ist es, die suchtkranke Person zu



Nur wenn die negativen Folgen des Konsums überwiegen, kippt die Waage in Richtung Veränderung

einer Behandlung zu motivieren und ihren Substanzkonsum zu verringern. Da dies auch ein Anliegen vieler Angehöriger in der Gruppe war, wünschte sich die Gruppe auch einen Schwerpunkt auf diesem Baustein. Ihren Erfahrungen nach sind Suchtkranke häufig erstmal nicht änderungsmotiviert. Substanzkonsum hat wie jedes Verhalten einen bestimmten Nutzen (z.B. Entspannung) und verursacht bestimmte Kosten (z.B. Probleme bei der Arbeit), gleiches gilt auch für eine Veränderung des Verhaltens. Solange sich Kosten und Nutzen des Konsums die Waage halten, wird die Person nichts verändern. Erst wenn die Kosten des bisherigen Verhaltens und der Nutzen einer Änderung überwiegen, wird die betroffene Person etwas ändern. Kosten und Nutzen sind dabei aber total subjektiv. Angehörige können

ANGEHÖRIGE MÜSSEN IN VORLEISTUNG TRETEN

an dieser Stelle eingreifen, indem sie das Gleichgewicht von Kosten und Nutzen des Substanzkonsums verändern (z.B. indem sie Kosten nicht mehr abfedern). Das ist aber gleichzeitig auch ungerecht, da dies bedeutet, dass Angehörige arbeiten und ihr Verhalten verändern müssen – sozusagen in »Vorleistung treten« – ohne dass sie sicher sein

können, dass ihr Einsatz etwas bringt. Gleichzeitig dreht es sich dann auch wieder viel um den Suchtkranken und sein Verhalten und der Fokus liegt nicht mehr so stark auf den Angehörigen. Daher ist CRAFT auch nur das richtige für Angehörige, die sich überhaupt vorstellen können noch einmal so in Vorleistung zu treten.

Bei CRAFT handelt es sich um eine individualisierte Einzelintervention für Angehörige von Betroffenen, die derzeit nicht änderungsmotiviert sind. Der Ansatz basiert auf verhaltenstherapeutischen Konzepten. Die Grundidee besteht darin, dass Angehörige nichts mehr tun sollen, was das Konsumverhalten verstärkt und gleichzeitig gezielt abstinenten, funktionale Verhaltensweisen verstärken. Als Angehörige ist es nach vielen Jahren des Lebens mit der Suchterkrankung des Betroffenen aber schwierig zu sehen, wie das überhaupt aussehen könnte. Man entwickelt eine Art Tunnelblick und versucht vor allem im Alltag zu funktionieren.

GRUNDLAGEN

Die Gruppe war sich einig darin, dass in diesem Fall oft Hilfe von außen notwendig ist. Jemand, der emotional nicht so involviert ist und so helfen kann, eine Veränderung der Situation anzustoßen. Dabei ist allerdings wichtig, dass diese Hilfe und Beratung immer individualisiert sein muss. Es gibt keine generellen Emp-



Mit der Zeit entwickeln Angehörige häufig einen Tunnelblick. Die eigenen Interessen und Bedürfnisse gehen dabei verloren.

fehlungen (z.B. zu der Frage, wie viel Abgrenzung gut ist) und Angehörige sollen selbst entscheiden dürfen, was für sie machbar ist und sich richtig anfühlt. Ganz wichtig für Angehörige ist auch die Feststellung, dass Angehörige, die das Suchtverhalten ungewollt unterstützt haben, deshalb nicht schuld sind, sondern sich nicht anders zu helfen wussten. Häufig steckte dahinter die Angst, dass die Situation noch schlimmer wird, wenn man den Betroffenen nicht unterstützt (z.B. indem man ihn bei seinem Arbeitgeber entschuldigt, wenn er verkatert ist). Daher tragen Angehörige keine Schuld an dem Suchtverhalten, vielmehr wird dieses durch ganz viele verschiedene Faktoren bedingt. Während des Workshops und der anschließenden Diskussion über den CRAFT-Ansatz und die Frage, wie Veränderungen sowohl im eigenen Leben als auch bezüglich des Substanzkonsums des Betroffenen angestoßen werden können, entstand in der Gruppe ein Bild. Veränderungen sind wie ein Stein, der ins Rollen kommen muss. Manchmal ist das, was den Anstoß gibt,

ANGEHÖRIGE HABEN KEINE SCHULD AM SUCHTVERHALTEN

sehr klein. Oftmals rollt der Stein dabei auch nicht geradeaus, manchmal geht es bergauf und manchmal stehen Hindernisse im Weg. Für Angehörige geht es daher darum herauszufinden, wie sie jeweils bei sich diesen Stein ins Rollen bringen und mit Hindernissen umgehen können. Die Frage, die sich nach dem Workshop in der Gruppe somit stellte, war: Was davon hilft uns, den Stein ins Rollen zu bringen?

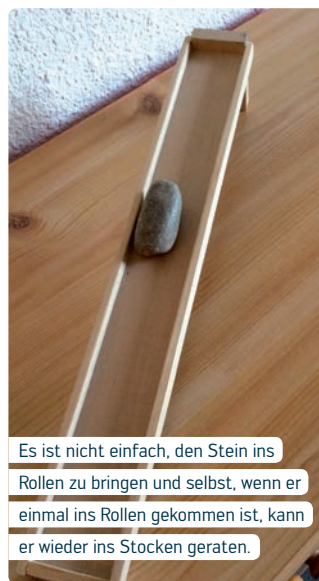
DEN STEIN INS ROLLEN BRINGEN

Bei der Frage danach, wie eine Veränderung des Konsumverhaltens angestoßen werden kann, ist immer wichtig zu sehen, dass jede Familie individuell ist. Es gibt keine allgemeinen Lösungen und keine Ratschläge, die einfach so übernommen werden können.

INDIVIDUELLE LÖSUNGEN FINDEN

Im CRAFT-Ansatz geht es darum gemeinsam auszuprobieren, was für die jeweilige Familie passend sein könnte. Daher ist Raum und eine verständnisvolle Grundhaltung wichtig, niemandem sollte in eine bestimmt Richtung gedrängt werden. Menschen brauchen Zeit für Entscheidungen.

Die vier Bausteine des CRAFT-Programms, die sich die Gruppe als Schwerpunkte ausgewählt hat, spiegeln Erfahrungen wieder, die die Angehörigen selbst gemacht haben. Daher wurden im Anschluss an den Workshop viel diskutiert, was in den einzelnen Familien hilfreich war und was nicht und wie die neuen Erkenntnisse aus dem Workshop genutzt werden können. Dabei wurde auch ganz deutlich, dass alle Angehörigen auch Erfahrungen mit Rückschlägen und Stillstand gemacht haben und dass es nicht einfach ist, mit solchen Situationen umzugehen. So stellt sich nach einem Rückfall oder dem Abbruch der Therapie für Angehörige oft die Frage, ob sie den Betroffenen weiter unterstützen wollen oder sich jetzt eher abgrenzen und



Es ist nicht einfach, den Stein ins Rollen zu bringen und selbst, wenn er einmal ins Rollen gekommen ist, kann er wieder ins Stocken geraten.

zurückziehen. Auch hier gibt es keine richtigen Lösungen, sondern nur Erfahrungen, die im Folgenden beschrieben werden.

BAUSTEIN Gewaltprävention

Das Thema Gewaltprävention ist ganz wichtig, wenn es um die Frage geht, wie und ob Angehörige eine Veränderung im Suchtmittelkonsum anstoßen wollen. Die Grundvoraussetzung dafür ist, dass Angehörigen keine Gewalt von Seiten des Betroffenen droht. Der Begriff Gewalt beinhaltet dabei alles,

OPFER VON GEWALT TRAGEN KEINE SCHULD

wodurch Angehörigen Angst bekommen. Gewalt kann sich sowohl physisch als auch verbal äußern (z.B. angeschrien oder bedroht werden), auch Blicke und Gesten können als Drohungen wahrgenommen werden. Jede Form von Bedrohung sollte ernst genommen werden und wenn Gewalt schon einmal vorgekommen ist, ist das ein Warnzeichen. Viele Opfer von Gewalt schämen sich dafür und schweigen über ihre Erfahrungen. Teilweise bekommen sie auch durch den Täter eine Mitschuld an der Gewalt zugeschrieben (»Nur weil

du«). Daher war es der Gruppe ganz wichtig zu betonen, dass Gewalt unter keinen Umständen akzeptabel ist und die Schuld daran immer der Täter trägt. Als Opfer von Gewalt muss man nicht schweigen, sondern darf und sollte sich auf jeden Fall anderen anvertrauen. Im CRAFT-Ansatz werden daher mögliche Frühwarnzeichen von Gewalt besprochen, damit diese im Ernstfall erkannt werden können. In der Situation selbst führt Angst oft dazu, dass man nicht mehr klar denken und handeln kann. Man schaltet in einer Art Autopiloten. Daher ist es sehr hilfreich einen entsprechenden Notfallplan vorher zu



Ein konkreter Plan für Notfallsituationen ist sehr hilfreich, weil die Angst in der bedrohlichen Situation dazu führt, dass man nicht mehr klar denken kann.

besprechen. Dazu gehört die genaue Planung des Ablaufs (Wo in der Wohnung passiert Gewalt? Wie kommt man dann aus der Wohnung? Wo kann man dann hingehen? Was muss man auf jeden Fall mitnehmen?) und eventuell auch das Bereithalten eines Notfalkoffers mit allen wichtigen Dingen, die man auf jeden Fall mitnehmen möchte. In einer solchen Situation sollten Angehörige auf keinen Fall allein dastehen, sondern durch Hilfe von außen (Beratungsstellen, Frauenhäuser, etc.) unterstützt werden. Für professionelle Helfer ist es wichtig, die entsprechenden Hilfsangebote vor Ort und deren Kontaktdaten zur Hand zu haben und die genauen gesetzlichen Regelungen vor Ort zu kennen. Es gibt teilweise große regionale Unterschiede, wie beispielsweise der Verweis des Täters aus der gemeinsamen Wohnung durch die Polizei gehandhabt wird. Die Frage, ob man als Angehöriger bereit ist die Polizei zu rufen, wenn man durch den Suchtkranken Gewalt erfährt, sollte im Vorfeld besprochen werden. Es macht nur dann Sinn mit der Polizei zu drohen, wenn man auch wirklich bereit ist sie einzuschalten.

BAUSTEIN Kommunikationstraining

»Musst du schon wieder trinken?«

»Du hast mir doch versprochen damit aufzuhören und jetzt hast du doch...«

»Irgendwann landest du noch unter der Brücke.«

In vielen Familien mit einem suchtkranken Mitglied pendeln sich über die Jahre bestimmte typische Kommunikationsmuster ein. Angehörige haben das Gefühl die immer gleichen Gespräche zu führen (»im Hamsterrad«), die sie einerseits wütend machen und frustrierend sind, andererseits beim Betroffenen scheinbar auf taube Ohren stoßen. Daher war es ein großes Anliegen der Gruppe mehr über das Thema Kommunikation zu erfahren und Strategien zu lernen, die aus diesen eingefahren Mustern heraus helfen. Im Anschluss an den CRAFT-Workshop wurde das Thema deshalb noch viel diskutiert und es entstand der Wunsch sich noch intensiver damit zu beschäftigen. Diese Ergebnisse werden im Text »Wie kann Kommunikation gelingen? – Erfahrungen mit verbalen und nonverbalen Ansätzen« beschrieben. Im CRAFT-Ansatz werden verschiedene Regeln guter Kommunikation vorgeschlagen, die dann z.B. in Form von kurzen Rollenspielen eingeübt werden können. Diese Rollenspiele können Angehörige auch im Rahmen von Selbsthilfegruppen oder mit Freunden üben. Das kann sich erst einmal komisch oder auch peinlich anfühlen, bereitet aber trotzdem gut auf den Ernstfall vor. Es gibt eine ganze Reihe von Regeln für gute Kommunikation, die man aber kaum alle auf einmal beachten kann. Viel hilfreicher ist es zu schauen, wie sieht die jeweilige Kommunikation



Im Laufe des Zusammenlebens mit einer suchtkranken Person spielen sich oft Kommunikationsmuster ein, die für Angehörige sehr anstrengend und frustrierend sind.

in der Familie aus und sich dann maximal 2-3 Regeln auszusuchen, die man umsetzen möchte. Mögliche Regeln sind:

- Ich-Botschaften (anstatt »Du hast ...«)
- Positive Aussagen (»Was will ich« anstatt »Was will ich nicht«)
- Sich auf konkrete Verhaltensweisen beziehen (anstatt »immer« und »nie«), kurz und präzise sein
- Eigene Gefühle benennen (»Ich bin traurig, wenn ...«)
- Verständnis signalisieren
- Eigene Verantwortlichkeiten eingestehen und Unterstützung anbieten
- Offene Fragen (anstatt von Mutmaßungen und Vorwürfen)
- Den anderen verbal nicht in die Enge treiben

Insbesondere der Punkt mir der Benennung eigener Gefühle wurde in der Gruppe als sehr hilfreich, aber auch sehr schwierig erlebt. Schwierig ist es, weil man dafür erst einmal wahrnehmen muss, was das eigene Gefühl überhaupt ist. Gerade wenn der Fokus viel auf dem anderen liegt (»Tunnelblick«), fällt die Wahrnehmung eigener Gefühle schwer. Teilweise muss man erst wieder lernen mit der Aufmerksamkeit bei sich selbst zu bleiben.

REGELN GUTER KOMMUNIKATION

Trotzdem ist die Kommunikation der eigenen Gefühle sehr wirkungsvoll, weil man über Gefühle nicht streiten kann. Jeder hat das Recht darauf sich traurig oder ängstlich zu fühlen und ein Satz, in dem die eigenen Gefühle benannt werden, vermittelt eine ganz andere Botschaft.

Ein Beispiel: Anstatt zu sagen »*Du beachtest mich nicht. Du interessierst dich überhaupt nicht für mich. Du denkst immer nur an deine Freunde*« könnte die Aussage auch »*Ich fühle mich einsam und habe Angst davor, dass wir uns fremd werden. Ich befürchte, dass ich nicht mehr wichtig für dich bin*« lauten. Die Reaktion des Gegenübers wird in den beiden Fällen wahrscheinlich sehr unterschiedlich ausfallen.

Das Ziel positiver Kommunikation ist das eigene Stresslevel während der Kommunikation zu senken. Man hat deshalb kein Recht darauf, dass der andere das macht, was man möchte.



Eingefahrene Kommunikationsmuster zu verändern ist nicht einfach.
Der gezielte Einsatz von Kommunikationsstrategien kann dabei helfen.

Aber die Erfahrung zeigt, dass positive Kommunikation häufig ansteckend ist. Wenn man selbst bestimmte Muster verändert, fängt auch das Gegenüber an sich daran anzupassen.

BAUSTEIN Verbesserung der Lebensqualität

Die Verbesserung der eigenen Lebensqualität war ein zentrales Anliegen der Gruppe, da diese in der Vergangenheit allzu oft in den Hintergrund gerückt ist. Im CRAFT-Ansatz werden sich systematisch verschiedene Lebensbereiche (z.B. Freundschaften, eigene Hobbies, Arbeit) angeschaut und es wird besprochen, wie zufrieden Angehörige mit den einzelnen Bereichen sind und wo sie sich Verbesserungen wünschen. Dann wird ganz konkret überlegt und geplant, wie Verbesserungen in diesen Bereichen aussehen können. Bei der Planung ist es wichtig, dass diese möglichst konkret (Wann, Was, Wo



und mit Wem) aussehen sollte. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die eigenen Bedürfnisse im Alltag wieder in Vergessenheit geraten, insbesondere wenn wieder unvorhergesehen Situationen mit der

suchtkranken Person eintreten. Es ist auch empfehlenswert sich Aktivitäten auszusuchen, die nichts mit dem Betroffenen zu tun haben. Einige Beispiele aus der Gruppe waren: Sport treiben, Freunde treffen, Shoppen gehen, die eigene Kreativität wiederbeleben. Einige Angehörige berichteten, dass er sehr hilfreich ist sich solche Aktivitäten ganz konkret als Termin in den Kalender einzutragen und feste, regelmäßige Zeiten (z.B. jeden Dienstagabend) dafür zu finden. Die

Umsetzung der Inhalte dieses Bausteins kann auch sehr gut außerhalb des CRAFT-Programms passieren, z.B. durch gegenseitiger Unterstützung in einer Selbsthilfegruppe oder durch Beratung mit Freunden.

BAUSTEIN Motivieren des Betroffenen zur Inanspruchnahme von Hilfe

Bei diesem Baustein geht es darum mit Hilfe verschiedener Methoden die suchtkranke Person davon zu überzeugen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dabei ist ganz wichtig festzuhalten, dass Angehörige dies nicht tun müssen, sondern sich auch auf die Bausteine die eher der Verbesserung ihrer eigenen Lebensbedingungen dienen, konzentrieren können. Für alle Angehörigen, die aber den Wunsch nach einer Unterstützung des Betroffenen haben, können diese Methoden sehr hilfreich sein.

Dabei stellt sich zunächst die Frage, wann man eine mögliche Inanspruchnahme von Hilfe überhaupt ansprechen sollte. Ein guter Zeitpunkt ist, wenn dem Betroffenen die Probleme seines Konsums gerade bewusst sind. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn er durch den Konsum gerade irgendwo angeeckt ist oder eine negative Folge erlebt hat oder auch, wenn die Betroffenen merken, dass sich bei den Angehörigen etwas verändert (z.B. veränderter Kommunikationsstil, mehr Konzentration auf eigene Bedürfnisse). Gespräche lassen sich generell gut führen, wenn der Betroffene nüchtern ist, aber keine akuten Entzugssymptome zeigt. Außerdem sollte die Situation selbst entspannt sein, dazu kann auch ein neutraler Ort wie ein Café oder ein gemeinsamer Spaziergang geeignet sein. Der Vorteil eines neutralen Ortes ist, dass man nicht so leicht in die Situation kommt, dass ein solches Gespräch einen schönen Moment als Familie (z.B. beim gemeinsamen Essen) kaputt macht. Es kann auch helfen das Ansprechen des Themas vorher in einem Rollenspiel zu üben. Ebenfalls kann es gut sein Außenstehende in ein solches Gespräch miteinzubeziehen (z.B. Suchtberater, Ärzte, Freunde), wenn man die Befürchtung hat, dass die eigenen Sorgen vom Betroffenen vielleicht nicht richtig ernst genommen werden. In diesem Fall ist es aber wichtig darauf zu achten, dass der Betroffene sich in diesem Gespräch nicht in die Enge gedrängt fühlt.

Neben diesen Gesprächen kann es auch hilfreich sein gezielt positive Anreize für eine Abstinenz oder die Reduktion des Konsums zu setzen. Dazu können schöne gemeinsame Unternehmungen gemacht werden, aber nur für den Fall, dass das betroffene Familienmitglied dabei nüchtern ist. Auf der anderen Seite kann es auch sehr wirkungsvoll sein den Betroffenen die negativen Folgen seinen Konsums konsequent spüren zu lassen. Dabei ist es wichtig dass Angehörige Dinge unterlassen, mit denen sie bislang versucht haben die negativen Konsequenzen des Konsums abzumildern (u.a. Aufwärmen von Abendessen,

NEGATIVE KONSEQUENZEN SPÜREN LASSEN

wenn der Partner verspätet und betrunken nach Hause kommt; beim Chef anrufen, wenn Be-

troffener verkatert ist; Freunden und Familie gegenüber Ausreden finden). Dabei ist es aber ganz zentral für jeden Angehörigen und jede Familie individuell zu schauen, welche Konsequenzen das sein können, die man in Zukunft »zulassen« möchte. Es gibt dabei kein richtig und falsch und keine generellen Empfehlungen, sondern Angehörige dürfen und müssen selbst entscheiden, was sie sich zutrauen. Wichtig ist, dass man keine Konsequenzen androht, die man nicht bereit ist umzusetzen (z.B. eine Trennung oder einen Rauswurf). Diese Erfahrungen haben auch die Angehörigen in der Gruppe gemacht. Nur wenn man sich selbst ganz klar darüber ist, welche Folgen eine bestimmte Konsequenz auch für einen selbst hätte, kann man diese dem Betroffenen gegenüber glaubhaft vertreten.

Das Fazit der Gruppe war, dass der CRAFT-Ansatz eine Chance für Familien sein kann, individuell passende Lösungen zu finden. Welche der Bausteine aber jeweils umgesetzt werden sollen oder können, muss jede/r Angehörige/r für sich selbst entscheiden.



Wenn der Betroffene in Behandlung muss – Einige Erfahrungen, Fragen und Empfehlungen von Angehörigen

Wenn ein Familienmitglied ins Krankenhaus muss, ist das für die Angehörigen meistens eine schwierige Situation. Handelt es sich bei dem Grund des Krankenhausaufenthaltes um die Folgen einer Suchterkrankung, dann gehen damit besondere Herausforderungen für Angehörige einher. Es stellen sich Fragen wie »Hält er/sie die Be-

ERFAHRUNGEN MIT BEHANDLUNG AUF PSYCHIATRISCHEN STATIONEN

handlung durch?«, »Was passiert dort eigentlich?« oder »Wie geht es danach weiter?«. Und besonders schwierig wird es, wenn es sich dann bei der Behandlung nicht um einen geplanten Entzug mit anschließender Entwöhnungsbehandlung handelt, sondern der Betroffene ganz plötzlich wegen einer akuten Intoxikation oder einer komorbiden psychischen Störung (z.B. eine drogeninduzierte Psychose) in die Psychiatrie muss.

Viele Mitglieder der Hildesheimer Gruppe haben solche Erfahrungen mit der Behandlung ihres Angehörigen in einer Psychiatrie oder Reha-Einrichtungen gemacht. Vor allem der erste Kontakt mit einem psychiatrischen Krankenhaus und einer geschlossenen Station wurde als sehr einschneidend wahrgenommen. Im Austausch in der Gruppe entstand so eine Sammlung von Erfahrungen, die als herausfordernd für Angehörige erlebt wurden:

- Kaum Informationen über die Klinik (Wo findet man was?) und die Krankheit (z.B. was heißt Psychose?) bekommen
- Keine Information der Angehörigen, dass Suchtkranker in Klinik eingeliefert wurde
- Zu wenige Informationen über Therapieverlauf

- Wenig Unterstützung von Angehörigen bei Besuchen, z.B. bei Frage nach Besucherzimmer
- Gesprächen mit Betroffenen und Angehörigen zusammen sind teilweise schwierig, weil Angehörige dann nicht alles fragen können oder wollen
- Zu frühe Entlassungen auf Wunsch des Kranken, auch wenn ärzteempfehlung anders ist
- Kliniken bereiten oft nicht richtig auf die Situation nach dem Klinikaufenthalt vor, insbesondere auf die Frage, was nun auf die Angehörigen zukommt
- Nach der Entlassung dauert es mehrere Monate bis ein Anschlusstermin bei Psychologen / Psychiater stattfindet (u.a. problematisch für die zeitnahe Medikamenteneinstellung)

Bei der Diskussion dieser Erfahrungen in der Gruppe zeigte sich immer wieder, dass vieles über die genauen Abläufe und Regelungen in einem psychiatrischen Krankenhaus nicht bekannt ist und viele Fragen bestehen. Daraus entstand dann die Idee sich direkt mit Vertretern einer örtlichen Psychiatrie zu treffen, um dort die Fragen zu stellen und gemeinsam Ideen für Verbesserungen im Sinne von Angehörigen zu diskutieren. An dem Treffen nahmen von Seiten der Klinik der Chefarzt, der leitende Oberarzt für

den Suchtbereich und die pflegerische Leiterin einer Station teil. Diese stellten zunächst kurz das Behandlungsangebot und den typischen Ablauf der Suchtbehandlung in ihrer Klinik vor, anschließend berichteten die Mitglieder der Gruppe von ihren Erfahrungen und stellten die folgenden Fragen.

Darf die Klinik Suchtkranke abweisen oder gibt es eine Aufnahmepflicht?

Das hängt davon ab, ob es sich bei der Klinik um diejenige Klinik handelt, die für die jeweilige Region den Versorgungsauftrag hat. In diesem Fall ist die Klinik verpflichtet Patient in akuten Fällen aufzunehmen bzw. sich um eine angemessene Versorgung zu kümmern.

Was passiert nach der Aufnahme in die Klinik? Wie sieht das Therapieangebot aus?

Das jeweilige Behandlungsangebot richtet sich sehr nach der entsprechenden Station (z.B. handelt es sich um eine geschlossene oder eine offene Station?) und dem Krankheitsbild. Wenn der Betroffene zwei komorbide Störungen (z.B. Sucht und Psychose) aufweist, dann muss geschaut werden, welche Erkrankung aktuell schwerwiegender ist und daher zuerst behandelt werden sollte.

Wie ist die Zusammensetzung auf Station? Kann auf die Zusammensetzung (z.B. welche Patienten passen in ein Zimmer) geachtet werden?

Dies ist leider aufgrund der meistens relativ akuten Aufnahme von Patienten nicht möglich. Meistens gibt es nur wenige freie Betten und die werden dann mit der nächsten Person belegt, die aufgenommen wird.

Wie sieht die Zusammenarbeit mit Angehörigen aus?

Früher waren die Behandlungszeiten bei Suchterkrankungen länger (4 - 6 Wochen), da gab es in der Klinik dann für die Angehörigen ein Gruppenangebot, bei dem diese Fragen stellen

konnten. Dieses Angebot wurde gemeinsam mit Angehörigen, Betroffenen und Behandlern gestaltet, damit für alle Seiten transparent war, was besprochen wurde. Mittlerweile ist es aber so, dass bei Alkoholentgiftung die Behandlungszeit durch die Krankenkassen auf zwei Wochen begrenzt wurde. In dieser kurzen Zeit muss so viel passieren, dass die Klinik sich nicht mehr in der Lage sieht eine solche Gruppe mit Betroffenen und Angehörigen gemeinsam stattfinden zu lassen.

Wie ist das mit der Schweigepflicht? Gibt es da Unterschiede je nachdem, wie die Beziehung zum Angehörigen ist (z.B. Partner, Kinder)? Warum werden Angehörige nicht über Klinikaufenthalt benachrichtigt, so wie dies bei Schwerverletzten der Fall ist?

Wenn der Betroffene volljährig ist, dann gilt für die Behandler uneingeschränkt die Schweigepflicht. Dies bedeutet, dass gegen den Willen des Betroffenen keine Informationen an die Angehörigen weitergegeben werden dürfen, selbst wenn es sich um die Eltern handelt und der Betroffene noch zuhause wohnt. Die Schweigepflicht gilt auch für die Tatsache, dass der Betroffene sich überhaupt in Behandlung befindet, daher werden Angehörige darüber nicht automatisch informiert.

Patienten haben auch das Recht die Klinik jederzeit zu verlassen, sofern keine Selbst- oder Fremdgefährdung und ein entsprechender gerichtlicher Beschluss zum Aufenthalt in der Klinik vorliegen. Das heißt, dass Betroffene sich auch dann selbst entlassen können, wenn Angehörige und Behandler der Meinung sind, dass eine weitere Behandlung in der Klinik notwendig ist.

Schon im Vorfeld des Treffens hatte die Hildesheimer Gruppe eine ganze Reihe von Ideen entwickelt, welche die Situation von Angehörigen im Klinikkontext verbessern würden. Diese Ideen wurden den Vertretern der Klinik nun vorgestellt:

- Informationsmaterial zu Klinik, Krankheit, Therapie, etc. bereitlegen (z.B. ein Infoblatt → Beispiel auf der nächsten Seite) Infoblatt entweder auf den Stationen auslegen oder Angehörigen direkt in die Hand drücken
- Informationsabende/-gruppen für Angehörige, bei denen Fragen zur Krankheit und zur Behandlung gestellt werden können. Dies würde helfen Sorgen zu verringern und sich auch besser auf das vorzubereiten, was nach der Entlassung des Betroffenen auf die Angehörigen zukommt.
- Einladungen zu Sonntagsgesprächen mit Angehörigen und Suchtkranken (wie teilweise in Reha-Einrichtungen üblich)
- Entlassungsgespräch mit Angehörigen
- Besucherzimmer, damit Angehörigen auch auf der geschlossenen Station die Möglichkeit haben in Ruhe mit dem Betroffenen sprechen zu können
- Bereits bestehende Angehörigenbögen verwenden oder neue Bögen entwickeln, auf denen Angehörige dann wichtige Infos zu dem Betroffenen (z.B. Situation zu Hause) an die Behandler weitergeben können.
- Kontinuierlich schon in der Klinik auf die Nachsorge vorbereiten → ersten Termin bei Psychologen oder Psychiater direkt während des stationären Aufenthaltes gemeinsam vereinbaren

Die Vertreter der Klinik zeigten sich interessiert an diesen Verbesserungsvorschlägen und wollten prüfen, ob sich einige der Vorschläge übernehmen lassen. So sollen unter anderem

die Informationszettel jeder Station hinsichtlich des Informationsbedarfs von Angehörigen überarbeitet werden. Weiterhin gab es Interesse daran einen regelmäßigen Termin anzubieten, an dem alle Interessierte eingeladen sind, sich zu einem bestimmten Thema rund um Bereich »Sucht« zu informieren und Fragen zu stellen. Andere Ideen lassen sich im Kontext dieser speziellen Klinik leider nicht umsetzen. So gibt es beispielsweise leider auf der geschlossenen Station so wenige Räume, dass kein extra Besucherzimmer eingerichtet werden kann.

Im Anschluss an das Gespräch entstand in der Gruppe die Idee eine Vorlage für einen Handzettel mit Informationen für Angehörige zu entwickeln. Dahinter steckte die Erfahrung, dass gerade bei der ersten Behandlung des Betroffenen im Krankenhaus so viele Informationen auf Angehörige einprasseln, die in der Aufregung gar nicht verarbeitet werden können. Einige Teilnehmerinnen der Gruppe berichteten, dass sie, als sie dann wieder zuhause waren, schon vergessen hatten, wie der zuständige Arzt hieß und wann die Besuchszeiten waren. Ganz wichtig ist für sie auch der Verweis auf weitere Hilfsangebote in der Region, da diese bei der Bewältigung der Situation nach dem stationären Aufenthalt helfen. Die erstellte Vorlage enthält somit diejenigen Informationen, die den Hildesheimer Angehörigen die Orientierung in der Klinik erleichtert hätten. Gerne kann dieser Handzettel von Kliniken kopiert, entsprechend der dortigen Situation angepasst und dann an Angehörige vor Ort verteilt werden.



INFORMATIONSMATERIEL FÜR ANGEHÖRIGE SEITE 1 (VORLAGE)

Informationen für Angehörige



(hier Bild des jeweiligen Stationsteams)

Wenn ein Familienmitglied ins Krankenhaus muss, dann haben Angehörige häufig viele Fragen. Dieses Informationsblatt soll Ihnen einen ersten Überblick verschaffen. Sprechen Sie uns auch gerne persönlich an, wenn Sie weitere Fragen haben!

Ihr Ansprechpartner auf Station 1:

Frau/ Herr Mustermann
(Funktion)

Telefon: *Stationsdurchwahl*

Ab 18:00 Uhr unter Tel.: xyz

Wir sind für Sie da!

Wer wir sind

(hier kurze Zusammenfassung des jeweiligen Klinikkonzepts)

Unsere Einrichtung befindet sich nur wenige Minuten vom Zentrum von Xy entfernt. Inmitten eines Kurparks, der sowohl Patienten als auch Besucher zu Spaziergängen einlädt.

Unsere Klinik besteht aus 60 Mitarbeitern und 600 Betten. Unsere Mitarbeiter stehen auch den Angehörigen jederzeit mit Rat und Tat gerne zur Verfügung.

Was uns wichtig ist:

Autonomie und Würde, ein offenes Ohr für jede Lebenslage (Krisen, Depressionen, schwere Alltagssituationen, etc.). Dafür spricht auch unser hohes Engagement in Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern.

INFORMATIONSMATERIEL FÜR ANGEHÖRIGE SEITE 2 (VORLAGE)

Welche persönliche Gegenstände/Unterlagen werden noch benötigt (hier können entsprechende Dinge angekreuzt werden)

- ☐ Ausweis
- ☐ KK-Karte
- ☐ Impfpass
- ☐ Wäsche/ Sportkleidung
- ☐ Ärztl. Befunde
- ☐ Sonstiges: _____

Häufige Fragen (je nach Klinik):

Wann sind Besuchszeiten?

Täglich von 08:30 bis 18:30 Uhr

Kann man auch außerhalb der Besuchszeiten kommen?

Ja, bitte telefonisch mit der Station vereinbaren.

Ab wann kann ich eine/n zuständige/n Ärztin/Arzt vor Ort antreffen?

Tägliche Sprechzeiten von 08:30 bis 09:00 Uhr und nach Vereinbarung.

Gibt es ein separates Besuchszimmer für persönliche Gespräche mit den Angehörigen?

Ja, bitte sprechen Sie uns diesbezüglich auf der Station an.

Kann ich das Gelände mit der/dem Patient/in verlassen?

Das ist jederzeit nach vorheriger Absprache mit dem Stationspersonal möglich.

An wen wende ich mich, wenn ich zusätzliche Hilfe für meinen Angehörigen benötige (z.B. rechtliche Betreuung)?

Sie können sich an unseren Sozialdienst unter der Nummer xyz (Ansprechpartner Frau/ Herr Mustermann) wenden.

Anmeldung und Information

Name der Klinik
Station 1

Straße und Hausnummer
PLZ und Ort
Tel. *Nummer der Anmeldung*
Fax *Nummer der Anmeldung*

www.url.de
email@url.de

Unsere Kooperationspartner:
(regionsabhängig, jeweils auch Kontaktinformation angeben)

- Caritas
- DROBS
- Sozial-psychiatrischer Dienst
- AWO
- Psychiatrische Institutsambulanz der Klinik
- Selbsthilfegruppen (für Angehörige/Betroffene)

Hier finden Sie weitere Hilfe auch nach der Entlassung Ihres Angehörigen

Weitere Informationen (je nach Klinik/Region)

Schauen Sie auch gerne unter folgenden Links:
www.url.de (entsprechende Seiten)
etc.

Wie kann Kommunikation gelingen?

Im Rahmen der Beschäftigung mit dem CRAFT-Ansatz tauchte in der Hildesheimer Gruppe immer wieder das Thema Kommunikation auf. Die Gruppe war sich einige darin, dass dieses Thema eines der wichtigsten für sie ist. Einerseits beschäftigte viele die Frage, wie sie mit ihrem suchtkranken Familienmitglied am besten kommunizieren, ohne dass es immer wieder zu den gleichen ermüdenden Diskussionen und Streitigkeiten kommt. Andererseits spielt Kommunikation auch ansonsten im Alltag (z.B. bei der Arbeit, im Bekanntenkreis) eine große Rolle, so dass die Gruppe sich von der Erforschung des Themas auch Impulse für andere Lebensbereiche erhoffte.

Im Anschluss an den CRAFT-Workshop diskutierte die Gruppe viel über die dort vorgestellten Regeln guter Kommunikation und ihre Erfahrungen damit. Besonders wichtig waren dabei die Ich-Botschaften (anstatt von »Du«), mit denen viele der Hildesheimer Angehörigen gute Erfahrungen machten. Weiterhin war die Erkenntnis, dass sich über Gefühle nicht streiten lässt, ganz

ÜBER GEFÜHLE LÄSST SICH NICHT STREITEN

zentral. Als Beispiel dafür wurde in der Gruppe der sehr unterschiedliche Umgang von Eltern mit der Suchter-

krankung ihres Kindes diskutiert. Viele der Mütter in der Gruppe hatten die Erfahrung gemacht, dass sie sehr viel Angst und Sorge um ihr Kind haben und sich daher auch sehr stark kümmern und viele Aufgaben für das Kind übernehmen. Die Väter der Kinder erlebten sie hingegen häufig als eher abweisend und wenig hilfreich. Durch diesen sehr unterschiedlichen Umgang mit der Suchterkrankung des Kindes kann es leicht auch zu Konflikten in der Partnerschaft kommen, z.B. wenn beide Seiten wenig Verständnis für die Reaktion des anderen haben. Wenn

es aber zu einem Austausch über die Gefühle, die hinter den Verhaltensweisen stehen, kommt, dann finden sich hier häufig eher Gemeinsamkeiten. So haben Mitglieder der Hildesheimer Gruppe erlebt, dass hinter einer eher abweisend oder kalt wirkenden Reaktion des Vaters auch eine große Angst um das Kind stecken kann, vor der sich der Vater zu schützen versucht. Wenn beide Elternteile über diese Gefühle kommunizieren, dann steht viel mehr das Gemeinsame im Vordergrund und das Konfliktpotential ist reduziert.

Eine Mutter berichtete, dass es für sie ein Schlüsselmoment gewesen sei, als sie ihren drogenabhängigen Sohn gefragt habe, was er brauche, um etwas zu verändern. Konkret habe sie ihn gefragt: »Was brauchst du, um morgens aufzustehen und zur Berufsschule gehen zu können?«. Darauf antwortete er: »Wenn ich weiß, dass du morgens auf mich wartest, würde ich aufstehen, um dich nicht zu enttäuschen.« Zuvor habe sie ihm vor allem gesagt, was er, ihrer Meinung nach, tun solle, aber durch diese offene Frage wurde ein ganz neues Gespräch möglich.

Einige Mitglieder der Hildesheimer Gruppe waren durch ihren beruflichen Hintergrund oder privates Interesse schon vertraut mit bestimmten Konzepten von Kommunikationstheorien. Diese brachten dann das *Vier-Ohren-Modell* von Friedemann Schulz von Thun in die Diskussion mit ein. Dieses Modell geht davon aus, dass jede Nachricht immer vier Seiten hat: die Sachebene, die Selbstoffenbarungsebene, die Beziehungsebene und die Appellebene. Dementsprechend kann der Empfänger der Nachricht diese auch durch vier verschiedene Ohren interpretieren: das Sach-Ohr (»Worüber spricht der andere?«), das Selbstof-

fenbarungs-Ohr (»Was sagt der andere gerade über sich?«), das Beziehungs-Ohr (»Wie steht der andere zu mir?«) und das Appell-Ohr (»Was möchte er, dass ich tue?«). Eine Angehörige fasste ihre Erfahrungen damit anhand eines Beispiels zusammen: »Wenn ich mit meinem Mann im Auto mitfahre und sage

NACHRICHT HAT IMMER MEHRERE SEITEN

»Die Ampel da hinten ist rot«, dann meine ich das vielleicht nur auf der Sachebene. Bei meinem Mann

kommt aber möglicherweise »Jetzt brems doch endlich« (Appell-Ohr) oder »Ich traue dir nicht zu, vernünftig Auto zu fahren« (Beziehungs-Ohr) an. Schon haben wir einen Konflikt.« Die Gruppe diskutierte, wie sich solche aufkommenden Konflikte lösen lassen, bevor sie zu typischen Streitsituationen eskalieren. Sie kamen dabei zu dem Ergebnis, dass es hier ebenfalls sehr wichtig ist auszudrücken, wie sich die jeweilige Person gerade fühlt und welche Botschaft bei ihm oder ihr angekommen ist. Auch hier gilt wieder, dass man ein Recht auf ein bestimmtes Gefühl hat und darüber nicht streiten kann. Gleichzeitig gibt diese Selbstoffenbarung der anderen Person die Chance mitzuteilen, dass sie eine bestimmte Botschaft nicht so gemeint hat bzw. ein bestimmtes Gefühl beim anderen gar nicht erzeugen wollte.

In einer weiteren Gruppensitzung kam dann die Sprache darauf, dass sich Kommunikation ja nicht nur auf einer verbalen Ebene abspielt. Nonverbale Kommunikation (u.a. durch Gesten, Mimik und Haltung) ist ebenso wichtig und trägt entscheidend zum Gelingen bzw. Nichtgelingen eines Gesprächs bei. Daher begann die Gruppe sich mit Theorien zu nonverbaler Kommunikation zu beschäftigen und besuchte auch eine Lesung zu diesem Thema. In Modellen zu nonverbalen Kommunikation werden häufig vier

verschieden Kommunikationstypen unterschieden, die ein ganz unterschiedliches Kommunikationsverhalten aufweisen und die man anhand bestimmter Charakteristika im Auftreten erkennen kann. Diese Typen lassen sich in der Tabelle auf der nächsten Seite zusammenfassen.



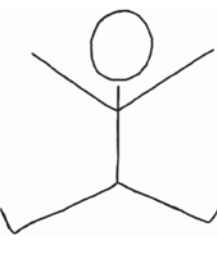





Alle diese Typen haben gemeinsam, dass Kommunikation mit ihnen laut den Theorien am besten gelingt, wenn man sich auf ihren jeweiligen Stil anpasst und versucht diesen möglichst zu spiegeln. Im Falle eines »roten« Typs kann dies z.B. bedeuten, möglichst selbstbewusst und bestimmt aufzutreten. Bei einem »blauen« Typ wäre es hingegen wichtig ganz in Ruhe die Fakten darzulegen und ausreichend Bedenkzeit zu geben. Über diese Empfehlung, sich dem jeweiligen Kommunikationsstils des Gegenübers anzupassen, wurde in der Gruppe sehr kontrovers diskutiert und sie kam zu dem Schluss, dass

AN JEWEILIGEN KOMMUNIKATIONSSTIL ANPASSEN?

dies nur bedingt möglich ist. Wenn man beispielsweise bei der Arbeit einem Vorgesetzten oder den Kollegen gegenüber etwas

ansprechen möchte, dann gelingt es möglicherweise ganz gut sich für eine kurze Zeit an den jeweiligen Stil des anderen anzupassen. Wenn es aber darum geht im Alltag zuhause mit dem substanzabhängigen Betroffenen oder anderen Familienmitgliedern zu kommunizieren, dann erscheint ein solches permanentes Anpassen unrealistisch und auch unnatürlich. Daher ging es dann in der Gruppe darum, inwieweit das Erkennen sowohl des eigenen als auch des Kommunikationstyps des Gegenübers dennoch dabei helfen kann Kommunikation besser zu gestalten. Im Folgenden werden zwei Beispiele von

VERSCHIEDENE KOMMUNIKATIONSTYPEN

	DER DOMINANTE KOMMUNIKATIONS- TYP	DER ENTSPANNTE KOMMUNIKATIONS- TYP	DER LEBHAFTE KOMMUNIKATIONS- TYP	DER ZURÜCKHALTENDE KOMMUNIKATIONS- TYP
				
Farbtyp	»Rot« 	»Grün« 	»Gelb« 	»Blau« 
Auftreten	→ Große Schritte → Fester Händedruck → Hält Blickkontakt → Sehr präsent	→ Langsamer Gang → Spricht ruhig → Wirkt freundlich & gemütlich	→ Bewegt sich sehr schnell → Spricht schnell & sprunghaft → Lacht viel, wirkt offen	→ Leises Auftreten → Wirkt eher angespannt → Wenig Blickkontakt
typische Verhaltensweisen	→ Geht Risiko ein → Will schnelle Entscheidungen → Spricht Dinge direkt an → Keine Angst vor Konflikten	→ Vermeidet Stress → Mag vertraute Abläufe → Ist loyal & hilfsbereit	→ Ist neugierig & zeigt an vielem Interesse → Zeigt Begeisterung → Kann andere gut motivieren	→ Sucht sachlich & nüchtern nach Lösungen → Ist gewissenhaft → Höflichkeit & Einhaltung von Regeln wichtig
Schwächen	→ Nimmt wenig Rücksicht → (zu) hohe Erwartungen an andere	→ Ist stur → Kann Kritik schlecht vertragen	→ Manchmal sehr unverbindlich → Nimmt sich zu viel auf einmal vor	→ Wenig emotional → Zieht sich bei Druck/Konflikten zurück

Angehörigen aus der Gruppe dargestellt, die für sich einen Weg gefunden haben.

Beispiel 1: Kommunikation mit Briefen – Wenn zwei ganz unterschiedliche Kommunikationsstile aufeinander treffen

»Mein Mann und ich, wir kommunizieren sehr verschieden. Ich bin eher der emotionale Typ, ich möchte Dinge gerne ansprechen und klären, werde dabei aber auch oft von meinen Emotionen überwältigt. Dann will ich etwas sagen, bekomme aber nichts heraus. Mein Mann ist eher introvertiert und möchte Konflikten gerne aus dem Weg gehen. Wenn ich früher angesprochen habe, was mich stört und ganz besonders, wenn es um seinen Alkoholkonsum ging, dann hat er sich häufig einfach umgedreht und ist gegangen. Dann stand ich da alleine mit meinen ganzen Emotionen und Tränen.

Weil es mir auch nicht gut ging, habe ich zweimal eine Reha gemacht. Dort wurde mir geraten aufzuschreiben, wie es mir geht. Das tat mir sehr gut, insbesondere wenn ich mich wieder von meinen Emotionen überwältigt gefühlt habe. Ich habe dann auch zuhause damit begonnen meinem Mann Briefe zu schreiben. In diesen Briefen konnte ich formulieren, wie ich seinen Alkoholkonsum erlebe und welche Auswirkungen dieser auf unsere Beziehung hat. Ich habe ihm keine Vorwürfe gemacht, sondern einfach geschrieben, wie es mir geht, was ich fühle und was ich mir wünsche. Und wenn mir dabei die Tränen gekommen sind, dann konnte ich den Brief einfach beiseitelegen und erst einmal tief durchatmen. Die Briefe habe ich dann meinem Mann gegeben und er hat sie sich erst einmal alleine durchgelesen. Ich glaube, dass kam seinem Kommunikationsstil sehr entgegen. Er hatte Zeit sich mit meiner Sichtweise zu beschäftigen und musste nicht spontan reagieren. Später konnten wir dann ganz in Ruhe über die Inhalte der Briefe sprechen. Dadurch hat sich viel verändert. Mein Mann hat sich zu einer Entzugsbehandlung entschieden und mittlerweile brauchen wir auch die Briefe nicht mehr, sondern können direkt miteinander sprechen, wenn es Probleme gibt. Ich glaube aber, dass die Briefe ein gutes Hilfsmittel in einer schwierigen Zeit waren.«

Beispiel 2: Soll ich was sagen oder lieber nicht – Wenn zwei ganz ähnliche Kommunikationsstile aufeinander treffen

»Manchmal denke ich: wir sind uns einfach zu ähnlich. Es gibt kaum Themen, über die wir uns wirklich streiten. Für uns ist Harmonie sehr wichtig und wir tolerieren und akzeptieren die kleinen ›Schrullen und Eigenheiten‹ des Partners. Das beeinflusst unsere gemeinsame Kommunikation sowohl positiv als auch negativ.

Ich überlege zweimal bevor ich etwas anspreche. Vielleicht ist es ja doch nicht so wichtig, wie ich es in diesem Moment gerade empfinde? Ich schlafe dann meistens noch einmal eine Nacht darüber. Ist das Problem am nächsten Morgen immer noch so wichtig? Wenn nein, dann muss es für mich auch nicht unbedingt thematisiert werden. Nichts wird so heiß gegessen wie es gekocht wird, sagte meine Mutter immer. Das ist der positive Einfluss.

Aber was ist, wenn ich die Nacht unruhig geschlafen habe und auch am nächsten Tag weiter grübele? Dann folgen Überlegungen wie z.B. Wenn ich es heute anspreche, was passiert dann? Haben wir gegebenenfalls heute Abend noch einen gemeinsamen Veranstaltungsbesuch vor uns oder bekommen wir Besuch vom Nachbarn? Wäre dann ein anderer Tag nicht besser für dieses Gespräch?

Da können dann schon drei oder vier Tage vergehen nur zu überlegen, wann der richtige Zeitpunkt ist. So kann es passieren, dass Themen nach und nach verschwinden ohne sie angesprochen zu haben. Manchmal wäre das aber wichtig, damit es später nicht zu einem größeren Konflikt kommt. Das ist die negative Seite, die ich bei unserem Kommunikationsmuster sehe.

Ganz konkret kann das dann so aussehen: Das Wetter ist schön und es ist Wochenende. Zum Geburtstag habe ich ein Buch mit den schönsten Ausflugszielen bekommen und habe mir zwei Sehenswürdigkeiten ausgesucht, die wir gemeinsam besuchen könnten. Wenn wir beide Lust dazu haben, ist alles gut. Aber was ist, wenn ich den Eindruck habe, dass nur ich Lust habe? Spreche ich es an? Oder lieber nicht? Schlimms-

tenfalls sagt keiner von uns beiden etwas und wir bleiben bis abends zuhause. Das belastet mich dann zwei, drei Tage später noch, ich hätte das Thema gleich ansprechen sollen. Es ist schwierig, aus seiner eigenen Komfortzone herauszubrechen. Streiten liegt uns nicht. Aber auch wir haben festgestellt, dass ein klärendes Wort zur richtigen Zeit, einen anschwellenden Konflikt manchmal schneller löst bzw. beendet, als wenn wir ihn weiter stumm vor sich hin flackern lassen.

Daher kann ich nur als Tipp geben, ruhig den Mut zu besitzen, ein heikles und schwieriges Thema anzusprechen. Es kann sich für alle lohnen.«

Im Laufe der Beschäftigung mit dem Thema Kommunikation ergaben sich in der Hildesheimer Gruppe einige zentrale

BEZIEHUNGEN LEBEN VON KOMMUNIKATION

Erkenntnisse. Kommunikation, egal ob mit dem Partner, in der Familie oder am Arbeitsplatz, ist nicht starr,

sondern verändert sich immer wieder. Ganz unterschiedliche Faktoren wie die momentane emotionale Situation oder das eigene Stresslevel haben einen Einfluss darauf, wie man kommuniziert. Das Gegenüber reagiert dann wiederum auf das eigene Kommunikationsverhalten, im Positiven wie im Negativen. Durch diese Reaktion eröffnet sich aber auch immer wieder die Chance eingefahrene Kommunikationsmuster zu verändern. Dafür ist es allerdings ganz entscheidend überhaupt in der Kommunikation zu bleiben. Verschiedenste Hilfsmittel und Techniken (u.a. Kommunikation über Briefe, Berücksichtigung einiger Regeln guter Kommunikation) können dabei unterstützen. Welche das jeweils sein können, hängt sowohl vom eigenen Kommunikationstyp als auch von dem des Gegenübers ab. Das einstimmige Fazit der Gruppe war, dass Beziehungen von Kommunikationen leben und es sich daher auf jeden Fall lohnt auszuprobieren, mit welchen Techniken, Hilfsmittel oder Strategien Kommunikation aufrecht erhalten oder wieder hergestellt werden kann.



MARION SCHNUTE, JESSICA BÖKER, JULIA LACK

VON DER BEDARFSERHEBUNG ZUR ENTWICKLUNG REGIONALER INITIATIVEN UND NETZWERKE

EINE ›LANDKARTE‹ DURCH ZWEI JAHRE ANNET-PROJEKT IN PEINE, LANDAU UND SALZGITTER

Was ist, wenn alles bereitsteht und dann doch niemand kommt und mitforschen möchte? – Der Beginn eines partizipativen Forschungsprojektes ist häufig ein Schritt ins Ungewisse, und so war es auch in unserem Fall, als wir – ›wir‹, das sind Jessica, Julia und Marion – die Arbeit mit ›unseren‹ vier Angehörigengruppen im Projekt ›AnNet – Angehörigennetzwerk‹ begannen¹. Zurückblickend auf zwei Jahre AnNet können wir nun sagen: Mitgemacht bei AnNet haben dann doch viele – und vieles haben wir an vielen Orten Deutschlands zusammen erforscht und erreicht. Das Anliegen dieses Kapitels ist es, für Euch² und Sie als Angehörige, Interessierte, Betroffene, Entscheider und (angehende) Praktiker des Forschungs-, Gesundheits- und Sozialwesens eine ›Landkarte‹ durch zwei Jahre AnNet-Projekt zu zeichnen, in der sich unsere Gruppen, die gemeinsamen Wege, Ergebnisse und Initiativen verorten lassen. Auf den folgenden Seiten wollen wir Euch und Sie daher auf eine Reise einladen: Ausgangspunkt unserer Reise ist der September 2015, in dem wir unsere Forschungsarbeit mit den vier AnNet-Grup-

pen aufnahmen. Den gemeinsamen Forschungsweg aus zwei Jahren AnNet-Projekt nachzeichnend, wollen wir an einigen ›Aussichtspunkten‹³ zum genauer Hinschauen und Verweilen einladen. Unsere gemeinsame ›Reise‹ endet mit einem Blick in die Zukunft: Wie haben sich durch unser partizipatives Forschungsprojekt die Perspektiven der Angehörigenforscher auf ihren Alltag, aber auch die lokalen Unterstützungslandschaften, in die die Angehörigen eingebettet sind, verändert? Und was konnten ›die Forschung‹ und wir als Universitätsforscher von den Angehörigen lernen?

Ein Anliegen partizipativer Forschung ist das **Verknüpfen von Wissen aus dem alltäglichen Leben, der Praxis und der Forschung**. Daher wollen wir auf den folgenden Seiten Konzepte und Verfahren der partizipativen Forschung mit Erfahrungen, Zitaten und Bildern aus dem Forschungsprozess zu einer ›Landkarte‹ von zwei Jahren AnNet-Projekt verknüpfen, um unsere ›Reiseroute‹ und unseren Forschungsprozess aussagekräftig und für Euch und Sie gut nachvollziehbar nachzuzeichnen:

¹ Eine fünfte AnNet-Gruppe konnte in Hildesheim aufgebaut werden und wurde durch die drei Universitätsforscher vom Institut für Psychologie begleitet (vgl. Kapitel ›AnNet Gruppe Hildesheim‹). Die Arbeit in der AnNet Gruppe Hildesheim wurde vom Universitätsteam des Instituts für Psychologie im Januar 2016 aufgenommen.

² Von den Angehörigenforschern haben wir gelernt, dass man sich in der Selbsthilfe häufig duzt, um einen Austausch auf Augenhöhe zu ermöglichen und die Privatsphäre der Teilnehmenden zu schützen. In unseren AnNet-Gruppen haben sich Angehörigen- und Universitätsforscher (und später auch Angehörigenforscher und angehende Fachkräfte im Rahmen des Studierendenaustauschs) daher auch geduzt. Nach zwei Jahren intensiver Zusammenarbeit wollen wir diese Form der Anrede deshalb auch in unserem Text beibehalten.

³ Wichtige Themen wie die komplexe Rolle und daraus resultierende Anforderungen an die Reflexivität der Universitätsforscher¹⁻⁵, die Verortung partizipativer Forschung im Wissenschaftskontext⁶⁻¹¹ und die Herausforderungen der partizipativen Forschung und einer daran rückgebundenen Entwicklung von Lebenswelten^{6,12-19} sollen dabei nicht unreflektiert bleiben, können aber aufgrund ihrer Komplexität nicht in ihrem gesamten Umfang abgebildet werden.

1. Ausgangspunkt: Worum ging es bei unserer Forschung?

Community Based Participatory Research (CBPR) als Ansatz partizipativer Gesundheitsforschung richtet sich auf die gemeinsame Planung und Durchführung von Forschungsprozessen mit jenen Menschen, deren Bewältigungssituationen im Kontext ihrer Lebenswelten untersucht werden sollen.²⁰

Wie geht es Angehörigen von Menschen mit problematischem Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen in Deutschland? In welche Unterstützungsnetzwerke sind sie eingebunden und welche Themen und Probleme sind im Alltag für Angehörige wichtig? Diese und andere Fragen wollten wir als Universitätsforscherteam vom Institut für Sozial- und Organisationspädagogik in Zusammenarbeit mit Angehörigen aus ganz Deutschland im Rahmen des partizipativen Forschungsprojektes ›AnNet – Angehörigennetzwerk‹ beantworten. Um gemeinsam mit Angehörigen im Kontext ihrer Lebenswelten zu forschen, riefen wir Kooperationen mit einer Selbsthilfegruppe für Angehörige in Peine, dem Therapieverbund Ludwigsmühle in Landau in der Pfalz (TVL), dem SOS Mütterzentrum Mehrgenerationenhaus in Salzgitter (MüZe Salzgitter) und dem Jobcenter Peine als Standortpartner ins Leben. In Orientierung am Begriff der Community als lebensweltliche Gemeinschaften^{21,22} achteten wir also bereits in der Projektstartphase darauf, dass neben institutionellen Vertretern des Suchthilfesystems (wie dem Therapieverbund Ludwigsmühle und dem Jobcenter Peine) auch Zusammenschlüsse von Gemeinschaftsmitgliedern, die sich (wie die Angehörigenselbsthilfegruppe in Peine und das SOS Mütterzentrum Mehrgenerationenhaus) auf Grundlage gemeinsamer Bedürfnisse, Ressourcen und Problemlagen gebildet hatten,

in den Forschungsprozess einbezogen wurden.

Mit Blick auf die drei Forschungsstandorte (Peine, Salzgitter und Landau) bildete die vierte AnNet-Gruppe ›Perspektiven am Arbeitsmarkt‹ eine Besonderheit: In ihrer Rolle als ›trans-lokale‹ ›Querschnittsgruppe‹ des AnNet-Projekts brachten sich hier – koordiniert durch uns vom Universitätsforscherteam – u. a. interessierte Angehörige aller AnNet-Gruppen, Fachkräfte der Arbeitsverwaltung, Mitarbeiter aus Unternehmen, der Beschäftigungsförderung und Einrichtungen der Suchthilfe, haupt-, nebenberuflich oder ehrenamtlich arbeitende Suchthelfer sowie Führungskräfte und Mitglieder von Arbeitnehmervertretungen ein.

Leitfaden für Präventionsgespräche
mit Angehörigen



Der **Therapieverbund Ludwigsmühle** bietet als freier und gemeinnütziger Träger im Netzwerk seiner Einrichtungen Hilfen für suchtgefährdete, suchtkranke und im weiteren Sinne von Sucht betroffene Menschen. Ein Kernanliegen ist es, die hilfesuchenden Personen in einer therapeutischen Kette über die soziale und berufliche Wiedereingliederung bis in einen suchtfreien und selbstbestimmten Alltag zu begleiten. Während in den letzten Jahrzehnten bereits eine ganze Reihe von Therapie-, Hilfs- und Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitserkrankungen entwickelt wurden, blieben die Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige bisher oftmals auf der Strecke. Für den Ausstiegserfolg und die Senkung des Rückfallrisikos ist jedoch ein intaktes soziales Unterstützungsnetzwerk in der Familie von großer Bedeutung, insbesondere wenn eine nachhaltige gesellschaftliche Integration aufgebaut werden muss. Deswegen hat der Therapieverbund ein großes Interesse, den innovativen und nachhaltigen Ausbau von Hilfen für Angehörige zu unterstützen und mitzugestalten.



SOS-Mütterzentrum Salzgitter - Mehrgenerationenhaus: »Hilfe zur Selbsthilfe« lautet das Motto im SOS-Mütterzentrum Salzgitter. Seit über 30 Jahren kommen hierhin Menschen unterschiedlichen Alters und Herkunft zum Ausruhen, aktiv sein, Gleichgesinnte treffen oder etwas Neues lernen. Wer will, erhält Beratung, Unterstützung und Betreuung. Zum SOS-Mütterzentrum Salzgitter mit seiner Cafétube gehören das Kinderhaus, der Altenservice, berufsorientierte Angebote sowie die Familienhilfen. In der Ost- und Westsiedlung ist in den letzten Jahren der HERTA-Treff entstanden, hier gibt es niedrigschwellige Angebote speziell für die Familien im Stadtteil.

Die Idee der Mehrgenerationenhäuser wurde hier entwickelt.

Es entstehen ständig leicht zugängliche generationsübergreifende Angebote, zugeschnitten auf die Bedürfnisse von Kindern, Schülern, Eltern, älteren und auch hochbetagten Menschen unterschiedlicher Herkunft, Religion, Bildung, Muttersprache und Kultur. Durch die Kooperation mit AnNet wollen wir uns auf diesem Gebiet thematisch weiter sensibilisieren und unsere Angebotsvielfalt ausbauen, um für noch mehr Menschen Unterstützungsangebote machen zu können.



Jobcenter Peine: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jobcenters Landkreis Peine unterstützen arbeitslose Menschen durch Beratung und vielfältige Angebote bei der Aufnahme einer Berufstätigkeit. Ihre Belastungen durch das Zusammen Leben mit suchtkranken Angehörigen offenbaren Arbeitsuchende im Jobcenter allerdings kaum. Eltern, Partner oder Kinder möchten die Erkrankung nahestehender Menschen nicht aktenkundig machen und deshalb können Hilfen in der Regel nicht zum Tragen kommen. Wir erhoffen uns deshalb durch die Zusammenarbeit mit AnNet wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse, wie wir es Angehörigen erleichtern können, über ihre Situation zu sprechen. Insbesondere möchten wir mehr darüber erfahren, wie Entlastung aussehen muss, damit bei den Betroffenen Freiraum für die Entwicklung von beruflichen Perspektiven entsteht.

Wie sind wir in den AnNet Gruppen vorgegangen?

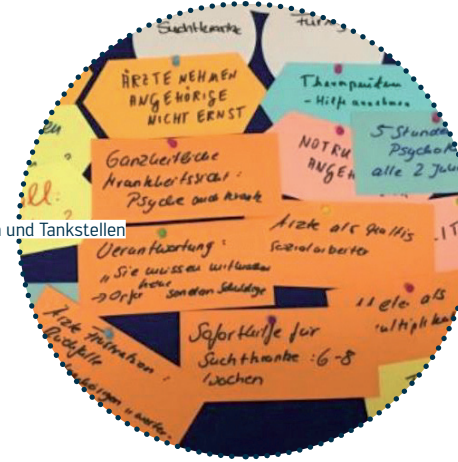
Eine Landkarte unserer Forschungswege

Um in den gemeinsamen Forschungsprozess⁵ zu starten, boten wir von Herbst 2015 bis Frühsommer 2017 partizipative Forschungsgruppen für Angehörige an. Der Aufbau der Gruppen erfolgte zeitlich nacheinander mit Hilfe der Standortpartner, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Lokalpresse, die durch Poster, den DHS-Newsletter und Berichte auf unser Projekt aufmerksam machten. Die **sequenzielle Vorgehensweise beim Aufbau der Gruppen** (wir begannen mit dem Gruppenaufbau in Peine, führten die Aufbauarbeit dann in Landau weiter, halfen beim Aufbau der Gruppe in Hildesheim und riefen dann die Gruppe in Salzgitter ins Leben) gab uns dabei genug Zeit, um mit den Angehörigen in Kontakt zu treten – über die Hälfte der Angehörigen nahm nämlich zuerst telefonisch Kontakt mit uns auf. Das **Herzstück jeder AnNet-Gruppe** bildeten die Erfahrungen, Fragen und Probleme der Gruppenteilnehmer, welche in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen als ›Mitforschende‹ selbst zum ›Forschungsgegenstand‹ wurden. Im gemeinsamen Arbeits- und Forschungsprozess konnten Angehörige (Erfahrungsexperten), Praktiker (Praxisexperten) und Universitätsforscher (Forschungsexperten) voneinander lernen und gemeinsam Antworten, Strategien und Empfehlungen entwickeln und umsetzen, die wir im AnNet-Arbeitsbuch für Euch und Sie als Angehörige, (angehende) Praktiker, Wissenschaftler, Interessierte und Entscheider zusammengefasst haben.

⁵ Parallel zur Forschung mit den Angehörigen wurden auch netzwerkbasierte Interviews und Fokusgruppen mit Angehörigen und Praktikern des Gesundheits- und Sozialwesens vom Universitätsteam durchgeführt. Während die Datenauswertung in erster Linie den Universitätsforschern oblag, waren die Forschungsprozesse der Angehörigen- und Universitätsforscher an vielen Stellen des Forschungsprozesses bedingt durch die wechselseitigen Lernprozesse (vgl. Abschnitt ›Lernen durch Vernetzung‹) und Maßnahmen zur Sicherung der Datenqualität (vgl. Abschnitt ›Der Blick in die Ferne‹) ähnlich einer DNA-Helix-Struktur miteinander verwoben.

Der partizipative **Forschungsprozess in den AnNet-Gruppen Peine, MüZe und TVL Landau umspannte vier teils überlappende Phasen**. Rekrutiert über die Standortpartner und Medienberichte beginnt die Zusammenarbeit von Angehörigen- und Universitätsforschern in Phase 1 mit der Übung ›Tankstellen und Baustellen‹. Hier geht es darum, über die gemeinsame Erkundung der Bedürfnisse, Ressourcen- und Problemlagen einen besseren Einblick in Lebenswelten der Gruppenmitglieder vor Ort zu erhalten und darüber Fragen, Herausforderungen und Themen zu ermitteln, die in der Gruppe erforscht und adressiert werden sollen. ›Tankstellen und Baustellen‹ könnte man daher in der Sprache partizipativer Forschung auch als ein Community- und Ressourcen-Mapping⁶-Verfahren zur Festlegung der Forschungsfragen beschreiben. Phase 2 ist der Informations- und Datenerhebung unter anderem durch Austausche auf Augenhöhe (s. u.), Photovoice und Fokusgruppen (vgl. Abschnitt ›Wie wurde partizipativ geforscht?‹) vorbehalten. Alle an unseren Forschungsprozessen Beteiligten wurden vorab über den Zweck der Datenerhebung informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung. Die erhobenen Daten wurden per Tonband (z. B. Fokusgruppen), Fotokamera (z. B. Photovoice) und Protokollen von den Universitäts- und Angehörigenforschern – nach vorherigem Training in Forschungsmethoden und -ethik in Anlehnung an Roche und Guta⁵ – festgehalten, in einigen Fällen transkribiert, und anonymisiert. Im Rahmen von Austauschen erstellte Protokolle wurden von den Gastgebern gegengelesen und in anschließenden AnNet-Gruppen Treffen von Universitäts- und Angehörigenforschern gemeinsam – wie z. B. auch die Daten aus der Photovoice- und Fokusgruppenerhebung – ausgewertet.

Baustellen und Tankstellen



EXKURS!

AUSWERTUNG DER PROTOKOLLE AUS DEN ›AUSTAUSCHEN AUF AUGENHÖHE‹

Einige der Forschungsprojekte basierten auf dem Ansatz des ›Austauschs auf Augenhöhe‹ (vgl. Abschnitt ›Aussichtspunkte‹). Zur besseren Verständlichkeit und Transparenz wollen wir den ›Auswertungsprozess‹, d. h. die Art und Weise, wie die Gruppen mit den Protokollen aus den Austauschen weiter vorgegangen sind, hier kurz skizzieren. Der Auswertungsprozess der Protokolle aus den Austauschen basierte auf zwei Schritten: Zunächst wurden die Aussagen in den Protokollen von den Angehörigenforschern zu dem in der Gruppe vorhandenen Erfahrungswissen und auch zu dem aus dem AnNet-Projekt und darüber hinaus vorhandenen Forschungswissen in Bezug gesetzt.¹ Aus der Diskussion der Texte wurden in einem zweiten Schritt Kommentare und Empfehlungen für weitere Angehörige, (angehende) Praxisexperten und Entscheider der Politik und Kostenträger festgehalten und von den Angehörigen- und Universitätsforschern für das AnNet-Arbeitsbuch

dokumentiert. Ergänzend wurden für die Gruppe wichtige Themen und Inhalte von den Universitätsforschern protokolliert und u. a. in weitere Forschungsprojekte der Gruppen und z. B. in die Forschung der translokalen Gruppe ›Perspektiven am Arbeitsmarkt‹ einbezogen.



⁶ Community-Mapping²³ ist ein partizipatives Verfahren, das im AnNet-Projekt darauf abzielte, durch Visualisierungen und begleitende Verbalisierungs- und Diskussionsprozesse ein besseres Verständnis für die Lebenswelten der Angehörigenforscher und die darin verteilten Unterstützungsquellen und -ressourcen (›Tankstellen‹), aber auch Probleme und Handlungsbedarfe (›Baustellen‹) nachzuvollziehen. ›Baustellen und Tankstellen‹ diente damit der Bedarfserhebung sowie der Generierung von Forschungsfragen, der Planung von Forschungsprozessen, der Bildung von lokalen Strategien und der Umsetzung von Initiativen. Die Umsetzung von ›Baustellen und Tankstellen‹ basierte auf zwei Schritten: Zunächst fertigte die Gruppe eine Karte mit Akteuren, Einrichtungen und Themen aus ihrer Lebenswelt als Angehörige an. Ressourcen (›Stärken‹) und Handlungsbedarfe (›Schwächen‹) innerhalb der Lebenswelten Angehöriger (›Möglichkeiten‹) wurden in Anlehnung an SWOT-analytische Verfahren²⁴ in einem zweiten Schritt analysiert.

⁷ Dabei halfen u. a. fünf Fragen, die die Gruppen in Anlehnung an die SHOWed-Methode (vgl. AnNet-Gruppe Landau, ›Klinik Transparent‹) entwickelt hatten.

In Phase 3 dreht sich alles um das ›Öffentlich machen‹ und Teilen unserer Forschungsergebnisse und unserer Empfehlungen und Erfahrungen, die wir aus unseren Initiativen mitgenommen haben (**vgl. Abschnitt ›Nachhaltigkeit‹**). Die gemeinsame Entwicklung von Strategien sowie die Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung von lebensweltbezogenen Unterstützungsansätzen und Initiativen wie ›Dream Team‹ (für junge Menschen aus suchtkranker Familie), ›EuLe‹ (für Eltern und Lehrer suchtbetroffener und -gefährdeter Kinder) und ›AnNa‹ (zur lokalen Verankerung von Unterstützungsangeboten für Angehörige) auf Grundlage der anfänglich ermittelten Bedürfnisse, Alltags- und Problemlagen sowie der Forschungsergebnisse der Angehörigen- und Universitätsforscher und der nationalen und internationalen Forschung bildeten die Phase 4 unserer Zusammenarbeit.⁸

In allen vier Phasen unseres Forschungsprozesses standen somit – der ›Tradition‹ partizipativer Forschung folgend – die **Verschränkung und die Vernetzung verschiedener Wissensbestände und Erfahrungen** (lebensweltlich, praktisch und wissenschaftlich) im Vordergrund.²⁵ Auf Grundlage der gemeinsamen Vernetzungsarbeit, die über die Vernetzung von Wissen hinausging (vgl. Abschnitt ›Lernen durch Vernetzung‹), wollten wir das AnNet-Arbeitsbuch schaffen, das Ihr und Sie heute – zwei Jahre nach Projektbeginn – in den Händen haltet. Im **AnNet-Arbeitsbuch**, so war es von Anfang an das gemeinsame Anliegen von Angehörigen- und Universitätsforschern, sollten Angehörige mit ihren Fragen, Bedürfnissen, Ressourcen und Herausforderungslagen selbst zu Wort kommen und Handlungsempfehlungen für weitere Angehörige, Praktiker und Entscheider geben können. Durch den Austausch mit Praktikern, angehenden Fachkräften, Betroffenen und weiteren Angehörigen im Rahmen unserer gemeinsamen Forschungsprojekte gelang es nicht nur, deren Perspektiven

auf Themen wie Leben mit Abstinenz, neue Unterstützungsformen für Angehörige und Betroffene oder die Rolle Angehöriger in der Suchtbehandlung einzufangen, sondern diese Perspektiven durch die Kommentierungen und Empfehlungen der Angehörigenforscher, die sich in den folgenden Kapiteln nachlesen lassen, zu den Perspektiven Angehöriger in Bezug zu setzen. Durch die **Zusammenführung der Perspektiven von Angehörigen, Betroffenen, Praktikern und Forschung** versteht sich das AnNet-Arbeitsbuch so letztlich als eine Art Arbeitshilfe und Knotenpunkt, der den Entwicklungsstand verschiedener Themen aus Theorie-, Erfahrungs- und Praxissicht festhält und die Ergebnisse und Erfahrungen aus unseren partizipativen Forschungsprozessen dokumentiert.

Wie wurde im AnNet-Projekt partizipativ geforscht?

Partizipation bedeutete im Rahmen unserer Forschungszusammenarbeit, dass Angehörige in individueller Absprache und in Anpassung an die Bedarfe der jeweiligen Gruppe in verschiedenen Abstufungen an allen Phasen des Forschungsprozesses beteiligt waren. Wright's Stufenmodell der Partizipation²⁶ unterscheidet z. B. neun Stufen der Partizipation, die von der Information und Einbeziehung als ›Vorstufen der Partizipation‹ bis zur Mitbestimmung und Entscheidungsmacht als Partizipationsstufen reichen können. Insgesamt konnten wir bei den AnNet-Gruppen in Landau, Salzgitter und Peine beobachten, wie sich die Partizipationsbedarfe der Gruppen im Projektverlauf in Richtung eines erhöhten Partizipationsbedarfs verschoben: Während das anfängliche Ressourcen-Mapping z. B. eher auf die Mitwirkung der Angehörigen ausgerichtet war, wurden die Festlegung der Forschungsfragen sowie die Auswertung, die sich in einigen Projekten in Anlehnung an Yonas²⁷, Dick²⁸ Schaal²⁹ und Jackson³⁰ u. a. am Vorgehen der Grounded The-

ory und an inhaltsanalytischen Verfahren orientierte, von den Angehörigenforschern selbst durchgeführt (vgl. ›Perspektiven angehender Fachkräfte‹, ›Klinik Transparent‹). Gegenüber den Gruppen variierten u. a. die Partizipationsmöglichkeiten- und Bedürfnisse auf Ebene einzelner Angehöriger – ähnlich des zig-zag Muster, wie es Cornwall & Jewkes³¹ beschreiben – sowohl nach unten als auch nach oben: Diese ›Varianzen‹ gingen u. a. auf lebensweltliche Dynamiken (z. B. Rückfälle oder Todesfälle unter den betroffenen Familienmitgliedern, eigene Erkrankungen oder Arbeitslosigkeit, Jobwechsel oder Scheidungen bei den Angehörigen) zurück. **Kontinuität im Gruppen- und Forschungsprozess** wurde dennoch in Peine und Landau durch einen ›harten Kern‹ von ca. acht bis zehn Angehörigen und in Salzgitter durch die Initiative von Angehörigen der Gruppen Landau und Peine und weiterer Angehöriger aus ganz Niedersachsen, die sich gezielt in einzelne Initiativen und Forschungsprojekte einbrachten, gewährleistet.

Im AnNet-Arbeitsbuch, so war es von Anfang an das gemeinsame Anliegen von Angehörigen- und Universitätsforschern, sollten Angehörige mit ihren Fragen, Bedürfnissen, Ressourcen und Herausforderungslagen selbst zu Wort kommen und Handlungsempfehlungen für weitere Angehörige, Praktiker und Entscheider geben können.



Durch die Zusammenführung der Perspektiven von Angehörigen, Betroffenen, Praktikern und Forschung versteht sich das AnNet-Arbeitsbuch letztlich als eine Art Arbeitshilfe und Knotenpunkt, der den Entwicklungsstand verschiedener Themen aus Theorie-, Erfahrungs- und Praxissicht festhält und die Ergebnisse und Erfahrungen aus unseren partizipativen Forschungsprozessen dokumentiert.

Welche Rolle spielten wir als Universitätsforscher?

In der Literatur zur partizipativen Forschung wird die Rolle der Universitätsforscher u. a. als die eines Koordinators, Moderators und Begleiters (›Facilitator‹) aufgeschlüsselt.²⁰ Diese Beschreibung traf auch auf uns zu: Im gemeinsamen Forschungsprozess übernahmen wir häufig die Moderation der Forschungsgruppen, die Vorbereitung und Umsetzung von Workshops zur Datenerhebung und -auswertung sowie die Anleitung und Begleitung des Forschungsprozesses und der Disseminationsarbeiten und unterstützten so die Angehörigenforscher, ihre eigene Lebenslage zu erforschen und Handlungsstrategien und Netzwerkinitiativen zu entwickeln, die ihre Lebenslage positiv verändern. Zusätzlich koordinierten wir aber auch mehr als zehn ›Austausche auf Augenhöhe‹, die gemeinsame Teilnahme von über 40 Angehörigenforschern an Konferenzen und sechs Workshops inklusive der Anreise und Übernachtung, begleiteten die drei AnNet-Initiativen, dokumentierten schriftlich über 200 Stunden AnNet-Treffen und -Austausche, beantworteten jeden Monat über 15 telefonische Anfragen von Interessierten von außerhalb des AnNet-Projekts, berichteten auf der AnNet-Webpage mehrmals monatlich über Treffen und Themen und führten parallel Interviews mit über 60 Angehörigen aus dem AnNet-Projekt und weiteren Praktikern aus dem Sozial- und Gesundheitswesen.⁹

⁸ Die Vorgehensweise in der AnNet-Gruppe ›Perspektiven am Arbeitsmarkt‹ unterscheidet sich von den anderen drei Gruppen. Sie ist im Kapitel ›Sucht und Beschäftigungsfähigkeit‹ nachzulesen.

⁹ Wie voraussetzungsvoll und zeitaufwendig partizipative Forschung mit Blick auf die unmittelbare und mittelbare Gestaltung einer vertrauensvollen und gleichberechtigten Zusammenarbeit sein kann, sollte nicht unterschätzt werden^{2,12,32}.

2. Aussichtspunkte: Veränderung durch partizipative Forschung

Ein wesentliches Anliegen partizipativer Forschung ist die Veränderung.¹ Wie haben sich Forschung, Austausch und Zusammenarbeit mit Praktikern und Betroffenen in den Wissensbeständen und Vorannahmen der Angehörigenforscher fortgeschrieben und lokale Unterstützungsstrukturen für Angehörige und betroffene Familien abgebildet und verändert? Wie hat der partizipative Forschungsprozess unser Wissen und unsere Perspektiven als Universitätsforscher auf Angehörige und suchtbetroffene Familien verändert und was kann die Forschungslandschaft von Angehörigen und Praktikern und ihren Forschungsergebnissen und Erfahrungen aus unserer Perspektive lernen? Die folgenden drei ›Aussichtspunkte‹ sollen Euch und Ihnen helfen, Antworten auf diese Fragen zu finden.

2.1. Lernen durch Vernetzung

Als Forschungsprojekt mit dem Namen ›AnNet – Angehörigennetzwerk‹ war ›Vernetzung‹ ein zentraler Aspekt in unserem gemeinsamen Forschungs- und Arbeitsprozess. Doch wie wurde ›Vernetzung‹ im Projekt nun genau umgesetzt? Bei der Gründung der AnNet-Gruppen ging es zunächst um die **Vernetzung der Angehörigen untereinander** über den gemeinsamen Forschungsprozess. Damit hatte das AnNet-Projekt – so bestätigten es uns die Angehörigen immer wieder – einen sehr wichtigen Punkt aufgegriffen, denn vielen der Angehörigenforscher hatte es in ihrem Leben geholfen, zu merken: »Ich bin nicht allein – es gibt andere, die Ähnliches erlebt(t)en.« Austausch mit anderen Angehörigen fand nicht nur innerhalb der AnNet-Gruppen, sondern – getreu dem im AnNet-Projekt oft zitierten Motto »jeder sucht sich das

Angebot heraus, was zu ihm passt« – auch mit Angehörigen der anderen AnNet-Gruppen statt.

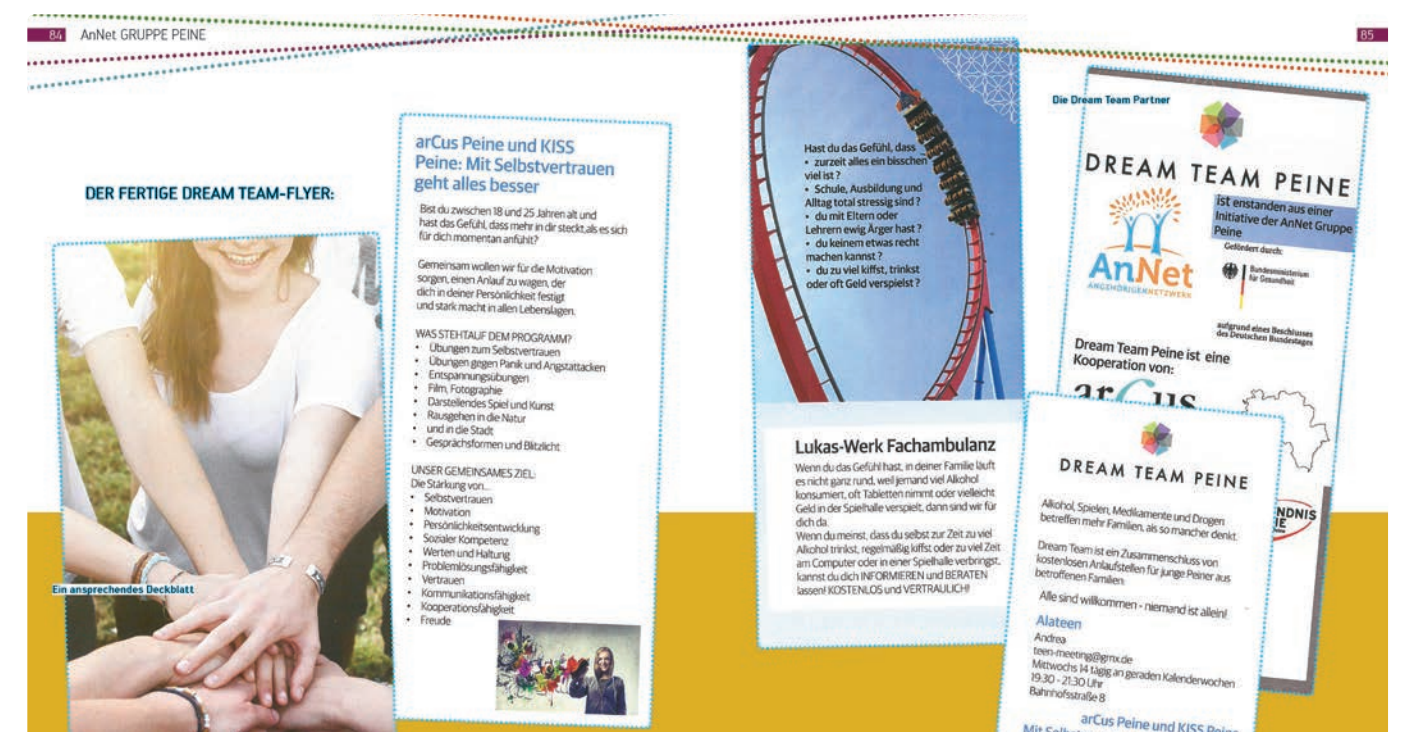
Als ›Knotenpunkt‹ im Netzwerk der AnNet-Gruppen Peine, Landau, Hildesheim und Salzgitter hieß die AnNet-Gruppe Salzgitter zum einen Angehörige der anderen norddeutschen AnNet-Gruppen bei ihren Austauschen willkommen, zum anderen schlossen sich Angehörige aus der Salzgitter-Gruppe auch Initiativen wie dem Studierendenaustausch und Dream Team oder der AnNet-Gruppe ›Perspektiven am Arbeitsmarkt‹ an, tauschten sich mit den dortigen Angehörigen aus und ließen die Salzgitter-Gruppe – vergleichbar mit der AnNet-Gruppe ›Perspektiven am Arbeitsmarkt‹ – zur translokalen ›Satellitengruppe‹ innerhalb des bundesweiten Netzwerkes von AnNet-Gruppen werden (vgl. »Acht Monate Forschung und Vernetzung« AnNet-Gruppe Salzgitter).

Zugleich fanden im Rahmen der einzelnen Forschungsprojekte auch ein **reger Austausch und eine Vernetzung mit angehenden Fachkräften, Praxisexperten des Sozial- und Gesundheitswesens, Betroffenen und Einrichtungen**, z. B. aus der Suchthilfe, statt. Aufbauend auf dem Austausch zwischen den Angehörigen, den verschiedenen AnNet-Gruppen untereinander und den AnNet-Gruppen mit Praxisexperten, Betroffenen und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens entwickelten sich regionale und regionenübergreifende Zusammenarbeiten. Gemeinsam war ihnen – trotz ihrer unterschiedlichen Formen – das Ziel einer gemeinsamen Entwicklung und Umsetzung von Strategien und der weiteren Verbesserung der Unterstützungssituation Angehöriger und suchtbetroffener Familien.

Grundlage dieser Strategien bildete die **Verknüpfung** von

lokalem Erfahrungs- und Praxiswissen mit Forschungswissen der Angehörigen- und Universitätsforscher und aus der deutschen und internationalen Forschungslandschaft. Bei der Umsetzung des Wissens in konkrete Initiativen – d. h. über die Verknüpfung von **praxisbasierter Evidenz** und evidenzbasierter Praxis³³ – war es für alle Gruppen ein wichtiges Anliegen, sicherzustellen, dass die Forschungsergebnisse aus dem AnNet-Projekt von praktischer Relevanz sind und auch direkt für die weitere Verbesserung der Unterstützungssituation von Angehörigen und betroffenen Familien genutzt werden konnten: Über diesen Weg wurden standortbezogen und AnNet-Gruppen-übergreifend Forschungsergebnisse und Empfehlungen miteinander entwickelt (vgl. ›Neue

Hilfsangebote für Angehörige‹) und voneinander gelernt (z. B. durch den Transfer und die Anpassung der Erkenntnisse und Vorgehensweisen aus der Dream-Team-Initiative auf die EuLe-Initiative). Auf Basis der Verknüpfung verschiedener Wissensbestände (s. o.) wurden gemeinsam – z. B. mit der Suchthilfe – Strategien und Initiativen entwickelt (AnNa, EuLe, Dream Team) und umgesetzt. Bei der Umsetzung der Strategien und Initiativen half u.a. die PDSA-Methode nach Shewart und Deming³⁴ und der darin eingebettete zyklische Prozess von Umsetzung und Feedback, um z. B. den Dream-Team-Flyer noch besser an die Bedürfnisse junger Menschen anzupassen und auch im Umsetzungsprozess von den jungen Angehörigen zu lernen.



2.2. Veränderung durch Empowerment

»Partizipation allein [ohne Empowerment, Anm. HU]

reicht nicht aus.« (Wallerstein, 2006, S. 9)«^{21(p45)}

Partizipative Forschung basiert nicht nur auf einer **wertschätzenden Grundhaltung** gegenüber verschiedenen Wissensbeständen und Kompetenzen von Erfahrungs- und Praxisexperten, sondern hat sich auch die Weiterentwicklung individueller und kollektiver Wissensbestände durch Schulungen und Informationsweitergabe, aber auch durch die Verknüpfung von Handeln und Reflexion zum Ziel gemacht. Ziel partizipativer Forschung ist damit ein sog. »Empowerment«, d. h., dass Mitforschende ihre Wissensbestände und Haltungen reflektieren und auf Grundlage von Forschungsergebnissen, Erfahrungen und Lernprozessen lokale Lebenswelten und Unterstützungszusammenhänge im Rahmen vorhandener Kontextfaktoren gestalten und verändern können.³⁵ Wie kann man sich ein solches »Empowerment« im AnNet-Projekt vorstellen?

DURCH PARTIZIPATIVE FORSCHUNG EIGENE WISSENSBESTÄNDE UND HALTUNGEN REFLEKTIEREN

Auf Ebene der einzelnen Mitforschenden ging es – dem Leitgedanken partizipativer Forschung^{36,37} folgend – zunächst einmal darum, durch das AnNet-Projekt Möglichkeiten zu schaffen, durch die die Angehörigen eigene Erfahrungen und Wissensbestände einbringen und weiterentwickeln konnten.

Im Umgang mit eigenen Wissensbeständen spielte in den Gruppen, wie die Ergebnisse der »Baustellen und Tankstellen«-Übung zeigten, vor allem das Wissen bzw. Nichtwissen über den Umgang mit der Suchtproblematik und die Bewältigung der Herausforderungen als Angehörige im Alltag eine zentrale Rolle (vgl. »Eineinhalb Jahre AnNet in Landau«, AnNet Gruppe Landau).

Aber auch die Erfahrungen der Angehörigen mit vorhandenen Unterstützungsangeboten für Angehörige und suchtbetroffene Familien waren in allen Gruppen ein zentrales Thema:

¹⁰ So wie es in der partizipativen Forschung eher darum geht, ein Erhebungs- und Auswertungsinstrumentarium zu entwickeln und zur Umsetzung zu bringen, das dem Projektkontext und den Interessen und Partizipationsmöglichkeiten der Mitforschenden entspricht, anstatt ein von den Universitätsforschern vorgegebenes Verfahren 1:1 umzusetzen²⁵, stand im Forschungsprozess neben der Vielfalt der Interessen auch die Vielfalt der Erfahrungen und Wissensbestände der Angehörigen im Vordergrund. Im gemeinsamen Forschungsprozess ging es darum, genau diese »**Vielfalt der Wissensbestände**« und »**unterschiedlichen Wahrheiten über komplexe soziale Wirklichkeiten**«^{7(p61)}, welche z. B. die Unterstützungsinanspruchnahme Angehöriger prägen, explorativ, z. B. über die Interviewbefragungen des Universitätsteams und die Forschungsprojekte der AnNet-Gruppen, einzufangen. Beim Lesen und bei der »Arbeit mit dem Arbeitsbuch« sind daher zwei Dinge zu beachten: (1) Bergold & Thomas^{11(Absatz 1)} beschreiben es als ein Anliegen partizipativer Forschung, »die Eigensinnigkeit und Eigenwilligkeit der Forschungspartnerinnen in dem Forschungsprozess zur Geltung zu bringen«. Die Wertschätzung und die Anerkennung verschiedener Wissens- und Erfahrungsbestände standen im gesamten AnNet-Prozess im Mittelpunkt. Ziel für das AnNet-Arbeitsbuch war es daher nicht, die in den Gruppen vertretenen unterschiedlichen Perspektiven zu einer gemeinsamen »Gruppenmeinung« zu integrieren, sondern vielmehr in ihrer Vielfalt abzubilden.

»[...] **nicht nur Fachkräfte [können] Vorbehalte gegenüber Angehörigen, sondern auch Angehörige Vorbehalte gegenüber Fachkräften haben.**« (AnNet-Zukunftswerkstatt)

Vorannahmen der Mitforschenden spielen eine wichtige forschungspraktische und erkenntnistheoretische Rolle in der partizipativen Forschung. So können Vorbehalte blinde Flecken und Schließungsprozesse befördern^{10,25,38,39} und – wie im Fall der Angehörigen – bedingen, dass »*sich die negativen Erfahrungen und Arbeitshaltungen einzelner Angehöriger oder Mitarbeiter auf die Haltungen ganzer Selbsthilfegruppen oder Einrichtungen übertragen und gelingende Zusammenarbeit – wie es sie nämlich vielerorts auch gibt – blockieren*« (AnNet-Gruppe Peine, »Dream Team«).

Im gemeinsamen Forschungsprozess im Rahmen der Forschungsprojekte »Perspektiven angehender Fachkräfte« und »Dream Team« gelang es in Peine, Vorbehalte von Angehörigen aus der Gruppe nicht nur durch Austausch und das darin wahrgenommene Verständnis und die Aner-

kennung durch die (angehenden) Fachkräfte, sondern auch durch das bessere Verständnis für die Herausforderungen der (angehenden) Fachkräfte, z. B. im Kontext aktueller Sozial- und Gesundheitspolitik, zu reflektieren:

»**Aus dem Austausch mit den Studierenden und Frau Breford-Argenton wurden für uns zwei Punkte deutlich: Fachkräfte haben – wie sich in den beiden Begegnungen zeigte – ein gutes Verständnis und auch Anerkennung für unsere Herausforderungen als Angehörige und Wertschätzung für die Arbeit der Selbsthilfe. Zudem möchten sie genauso wie wir die Unterstützung für Angehörige durch eine passgenaue Angebotsvielfalt weiter verbessern. Zwei für uns wichtige Punkte, die unser Vertrauen in ein »Miteinander statt Gegeneinander« von Sucht- und Selbsthilfe stärkten und den Weg zur weiteren Zusammenarbeit mit der Suchthilfe ebneten.**« (AnNet-Gruppe Peine, »Dream Team«)

Die in den Texten geschilderten Erfahrungen und Empfehlungen spiegeln daher nicht in allen Fällen die Erfahrungen und Meinungen der gesamten Gruppe wider, sondern vielmehr die Diversität der verschiedenen Gruppenmitglieder und ihrer Erfahrungen. Im Sinne der **Verschränkung und des Nebeneinanders der Vielfalt von Perspektiven** ist es daher auch ein besonderes Anliegen des AnNet-Arbeitsbuchs, die »**Mehrperspektivität**« und »**Mehrstimmigkeit**«⁴⁰ innerhalb des Forschungsprozesses einzufangen und abzubilden (2). Aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl (in den vier Gruppen arbeiteten u. a. ca. 60 Angehörige auf einem Kontinuum von punktuell bis kontinuierlich zusammen) und der erheblichen Heterogenität der Angehörigenforscher (z. B. mit Blick auf ihre biographischen Merkmale und sozialen Herausforderungen) ließen sich zwar angehörigen- und gruppenübergreifende Themen identifizieren, aber kein verallgemeinerbares oder statistisch repräsentatives Bild von den Herausforderungen und Unterstützungslagen Angehöriger zeichnen. Die Forschungsergebnisse und Empfehlungen sind daher als eine erste verstehende und sensibilisierende Annäherung aus der Perspektive der AnNet-Angehörigenforscher zu interpretieren, die Angehörige, Universitätsforscher, Praktiker und Entscheider dabei unterstützen soll, die Vielfalt der Herausforderungen und Unterstützungsquellen, aber auch verschiedene Angehörigengruppen (wie z. B. Eltern suchtkranker Kinder und Kinder suchtkranker Eltern) verbindende Themen durch die Augen der Angehörigen zu sehen.

Im weiteren Projektverlauf bildete dieser Reflexionsprozess eine wichtige Grundlage für Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Angehörigenforschern und Praktikern, aus der sich u. a. die Initiative ›Dream Team‹ entwickelte.

DURCH ›AUSTAUSCH AUF AUGENHÖHE‹ VONEINANDER LERNEN

Neben der Reflexion von Wissen und Vorannahmen spielt auch die Generierung von neuem Wissen durch das Voneinanderlernen in der partizipativen Forschung und in unserem Projekt eine wichtige Rolle. Die AnNet-Gruppe Peine hält dazu fest:

»In unserem Projekt AnNet arbeiten Angehörige als Erfahrungsexperten, Praktiker und Uniforscher gleichberechtigt zusammen. Wir erforschen zusammen Themen, die für uns als Angehörige wichtig sind. Unser Forschungsstand heißt daher Wissensstand – hier sammeln wir Erkenntnisse aus der Forschung, aber auch aus unserem Alltag als Angehörige und Erfahrungsexperten. Ziel unserer gemeinsamen Forschung ist, dass Angehörige, Forscher und Praktiker voneinander lernen können. Wir hoffen so, gemeinsam durch unsere Forschung

und Zusammenarbeit die Lebenssituation von Angehörigen und suchtbetroffenen Familien in Deutschland noch weiter zu verbessern.«

(AnNet-Gruppe Peine, ›Perspektiven angehender Fachkräfte‹)

Möglichkeiten zu schaffen, bei denen Angehörige (Erfahrungsexperten), Praktiker (Praxisexperten) und Universitätsforscher (Forschungsexperten) entlang eines gemeinsamen Arbeits- und Forschungsprozesses voneinander lernen und Antworten und Lösungsempfehlungen für Fragen und Probleme aus Alltagswelten, Praxis und Forschung finden, war ein wichtiges Grundanliegen im AnNet-Projekt. In dieser Zielsetzung angelegt war bereits ein weit gefasstes Verständnis wechselseitiger Lernprozesse und Wissensbestände. Dieses Verständnis von ›Lernen‹ ging in der Denkrichtung partizipativer Forschung über ein einseitiges Lernverständnis, also eine bloße psychoedukative Vermittlung von Wissen an Angehörige z. B. durch die Universitätsforscher, hinaus und schloss als ›Wissensarten‹ das Erfahrungswissen der Angehörigen und Betroffenen sowie das Praxiswissen der Vertreter aus dem Gesundheits- und Sozialwesen ebenso wie Forschungswissen mit ein.¹⁰

Ein weit gefasstes Verständnis wechselseitiger Lernprozesse

Durch Austausch die eigene Welt durch die Augen anderer sehen, eigene Haltungen überdenken und von den Erfahrungen anderer lernen



Wie lernten im AnNet-Projekt Angehörige, Betroffene, (angehende) Fachkräfte und Forscher voneinander?

Einen wichtigen Rahmen zur Gestaltung wechselseitiger Lernprozesse spannte die AnNet-Gruppe Peine mit ihrem Forschungsansatz des ›Austauschs auf Augenhöhe‹ auf. Austausch war dabei ein Ansatz, den die Peiner bereits aus der Selbsthilfe kannten. Sie beschrieben uns: Austausch

»[...] kann helfen, die eigene Welt durch die Augen der anderen Gruppenmitglieder zu sehen, eigene Haltungen zu überdenken und von den Erfahrungen anderer zu lernen«
(AnNet-Gruppe Peine, ›Perspektiven angehender Fachkräfte‹).

Um im Rahmen des Forschungsprojektes ›Perspektiven angehender Fachkräfte‹ nicht

»[...] nur von den Fachkräften zu ›lernen‹, wie sie auf uns als Angehörige schauen, sondern auch, um angehenden Fachkräften einen Einblick in unsere Alltagswelten und Unterstützungsbedürfnisse zu ermöglichen«,

hat die AnNet-Gruppe Peine das Austauschkonzept

»auch in unsere Forschung übernommen [...]. Ein Forschungsvorgehen, das auf dem Austauschgedanken basiert – so war es unser Ziel – soll Studierenden und Angehörigen ermöglichen, auf der einen Seite als (angehende) Praxis- und Erfahrungsexperten Fragen zu beantworten, aber ihnen auf der anderen Seite gleichzeitig auch die Möglichkeit geben, als Lernende Fragen zu stellen und vom Wissen und den Erfahrungen der anderen zu profitieren.« (ebd.)

Der Austauschansatz bildete nicht nur die Grundlage für die weitere Forschungsarbeit der AnNet-Gruppe Peine, sondern wurde auch von den Gruppen Landau und Salzgitter übernommen. Durch die Rahmung ihrer Forschung als ›Austausch auf Augenhöhe‹ brachten so zum einen die Angehörigen der AnNet-Gruppen Forschungsfragen zu den gastgebenden Einrichtungen, Betroffenen, Angehörigen und (angehenden) Praktikern als ›Beforschte‹ mit. Zugleich ließen sich aber auch die Praktiker und Erfahrungsexperten (wie z. B. die Rehabilitanden, Praxisexperten und

Angehörigen der Fachklinik Ludwigsmühle, der Villa Maria, der LWL Klinik und der Einrichtungen des Lukas-Werks) auf das Austauschkonzept ein und bereiteten ihrerseits Fragen für die Angehörigenforscher als Erfahrungsexperten vor: Diese reichten von der Frage, wie Angehörige durch die Suchthilfe noch besser erreicht werden können (vgl. ›AnNet-Zukunftswerkstatt‹), über die Nachfrage, wie Angehörige die Sucht einer nahestehenden Person erleben (vgl. ›Klinik Transparent‹), bis hin zur großen Frage, wie sich Sucht- und Selbsthilfe den Herausforderungen von gesellschaftlichen Alterungsprozessen und Digitalisierung stellen können (vgl. ›Neue Hilfsangebote für Angehörige‹).

Mit Blick auf die wechselseitigen Lernprozesse wurden in den drei Gruppen so z.B. über das Konzept ›Austausch auf Augenhöhe‹ neben Erkenntnissen aus der Forschung auch das Erfahrungswissen Angehöriger und Betroffener sowie das Praxiswissen der Gastgeber und Referenten in den Forschungsprozess miteinbezogen und – wie anhand des Forschungsprojektes ›Klinik Transparent‹ der AnNet-Gruppe Landau im Folgenden skizziert werden soll – miteinander verknüpft und zu weiteren Strategien und der Initiative ›AnNa – Angehörigennetzwerk Landau‹ (vgl. nächster Abschnitt) verdichtet:

Das Forschungsprojekt ›Klinik Transparent‹ bezog sich auf das ›Miteinander in einer Helfelandschaft‹, also auch auf den Austausch von Wissen zwischen Sucht- und Selbsthilfe, Praktikern, Betroffenen und Angehörigen. Im Rahmen ihres Forschungsprojektes ›Klinik Transparent‹ wollte die AnNet-Gruppe TVL Landau daher nicht nur wissen, wie Angehörige Suchtbehandlung erleben und wie sie in die Behandlung einbezogen werden möchten, sondern auch, wie Betroffene Therapie erleben und welche Rolle Angehörige in der Behandlung aus der Perspektive von Betroffenen und Therapeuten spielen können. Ziel wurde es so, durch die Zusammenführung der Perspektiven Angehöriger, Betroffener und Therapeuten ein **gemeinsames Bild von der stationären Suchttherapie** zu zeichnen. Der Austausch mit Betroffenen und Therapeuten der Klinik Ludwigsmühle half im Rahmen von ›Klinik Transparent‹ und

darauffolgenden Forschungsprojekten (Klinik Villa Maria und der LWL Klinik) der AnNet-Gruppe TVL, »Suchterkrankungen und die Rolle Angehöriger durch die Augen von Therapeuten und Betroffenen zu sehen« und von ihnen als Erfahrungs- und Praxisexperten zu lernen. Gerade der **Austausch mit den Betroffenen** – so hielt es nicht nur die AnNet-Gruppe TVL Landau fest – war eine »sehr emotionale, aber auch augenöffnende Erfahrung, die in Deutschland bisher noch viel zu selten – z. B. in der LWL Klinik (vgl. ›Neue Hilfsangebote für Angehörige‹) – und vor allem im psychiatrischen Kontext – z. B. im Dialogansatz⁴¹ – ihren Einsatz findet.« Empowerment, so erlebte es u. a. die AnNet-Gruppe TVL Landau, ging dabei über ›Schulungen‹ und Informationsvermittlung hinaus und umfasste, wie auch in Salzgitter und Peine, neben dem kritische Diskutieren (vgl. u. a. ›AnNet-Zukunftswerkstatt‹) auch das ›Voneinanderlernen‹ durch die Verknüpfung von Erfahrungsexperten-, Praxis- und Forschungswissen (vgl. u. a. ›Perspektiven angehender Fachkräfte‹).

Gleichzeitig half der Austausch mit den angehenden Fachkräften und Praxisexperten auch in Salzgitter und Peine (vgl. u. a. ›AnNet-Zukunftswerkstatt‹, ›Neue Hilfsangebote für Angehörige‹, ›Dream Team‹), die aktuelle Unterstützungslage Angehöriger, wie sie die Angehörigen selbst täglich erleben, u. a. in den Kontext **aktueller Gesundheits- und Suchtpolitik** einzuordnen und nachzuvollziehen. Dieser ›Kontext‹ bildete den Rahmen für die Entfaltung einer weiteren Empowermentfacette: Das »gemeinsam etwas verändern‹ durch die Ableitung von Strategien und die Umsetzung von regionalen Initiativen und Netzwerken im Kontext partizipativer Forschung:

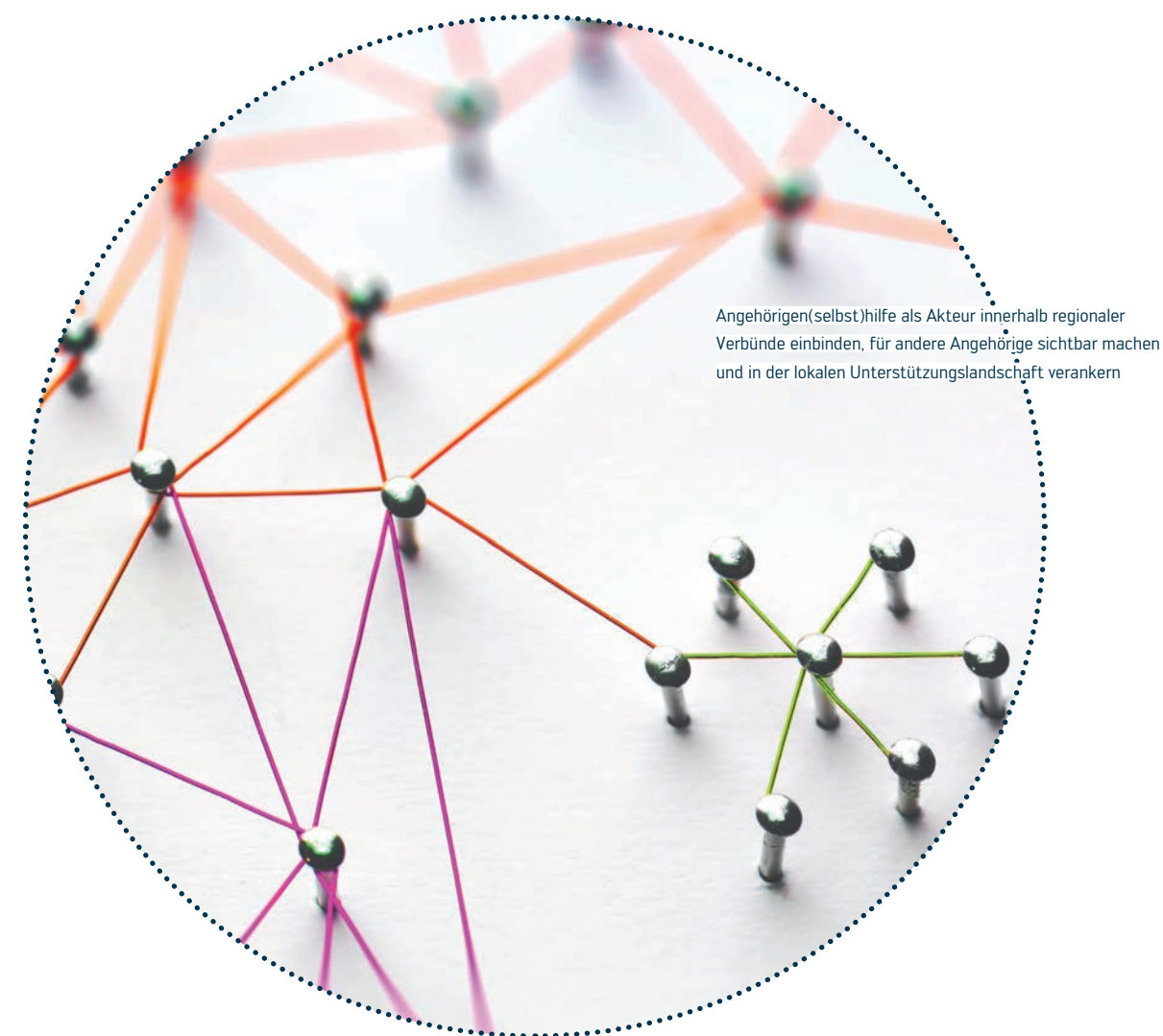
LOKALE LEBENSWELTEN UND UNTERSTÜTZUNGSZUSAMMENHÄNGE IM RAHMEN PARTIZIPATIVER FORSCHUNG GESTALTEN UND VERÄNDERN

Eine weitere wichtige Facette des ›Empowerments‹ ist, dass Mitforschende ihre Wissensbestände und Haltungen nicht nur reflektieren, sondern auf Grundlage der Forschungsergebnisse lokale Lebenswelten und Unterstützungszusammenhänge im

Rahmen vorhandener Kontextfaktoren gestalten und verändern können.³⁵

Als ein solcher ›Kontextfaktor‹ tauchte in allen drei Gruppen immer wieder das Thema der **finanziellen Förderung von Unterstützungsangeboten für Angehörige** in der Suchthilfe seitens der Kostenträger auf (vgl. u. a. ›AnNet-Zukunftswerkstatt‹, ›Neue Hilfsangebote für Angehörige‹). Gleichzeitig wurde das Konzept der **›Hilfe als Gemischtwarenladen‹** in der AnNet-Zukunftswerkstatt entwickelt und über die Grenzen der AnNet-Gruppe MüZe Salzgitter hinaus (vgl. Abschnitt ›Vernetzung‹) in

die anderen AnNet-Gruppen getragen. Die Idee von Hilfe als Gemischtwarenladen basiert auf der Vorstellung, dass unterschiedliche Angehörige unterschiedliche Unterstützungsbedarfe haben, die durch eine differenzierte Angebotslandschaft von Sucht- und Selbsthilfe, Gesundheits- und Sozialwesen abgedeckt werden sollten. Wie wurden das Gemischtwarenladenkonzept und Einblicke in die strukturellen Rahmenbedingungen der Unterstützung Angehöriger im Projekt in konkrete Maßnahmen eingebunden? Diese Frage soll im Folgenden am Beispiel der Landauer Initiative ›AnNa – Angehörigennetzwerk Landau‹ nachvollzogen werden:



Während viele Angehörige schilderten ^{42,44,54,55}, wie Suchthilfe Angehörige im Alltag entlastet, hilft, Ängste abzubauen, und Hilfeinanspruchnahme und Gesundheit fördert, hoben andere Erfahrungen – wie z. B. auch die Ergebnisse der AnNet-Zukunftswerkstatt – gleichzeitig hervor, wie professionelle Suchthilfe u. a. durch Rahmenvorgaben der Kostenträger in der Unterstützung Angehöriger an ihre Grenzen gerät und nicht nur dann die Selbsthilfe eine wichtige Rolle für viele Angehörige übernimmt.⁴² Doch während Betroffenen Selbsthilfe bereits ein etablierter Teil des Suchthilfesystems ist, gerät Angehörigenselbsthilfe – so war es die Erfahrung der Angehörigen in den AnNet-Gruppen und so hob es auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hervor – in der Suchthilfe oftmals noch in den Hintergrund.⁴³ Um auf **Hilfsbedarfe und die Vielfalt von Unterstützungsquellen für Angehörige** hinzuweisen, hat die AnNet-Gruppe Landau u. a. basierend auf ihren Forschungsergebnissen den Übersichts-flyer ›Angehörigennetzwerk Landau – AnNa‹ entwickelt, der Unterstützungsangebote aus Sucht- und Selbsthilfe (u. a. Al-Anon, Elternkreis, Angehörigengruppe TVL) bündelt. Ziel

von AnNa ist es, **Angehörigen(selbst)hilfe als Akteur innerhalb regionaler Verbünde einzubinden, für andere Angehörige sichtbar** zu machen und in der lokalen Unterstützungslandschaft zu verankern.^{44(p11)}

Werden mit Blick auf das Suchthilfesystem häufig fehlende Ansätze und Innovationen im Sinne kooperativer Vernetzungsstrukturen diskutiert^{42,45}, nahmen die AnNet-Gruppen Salzgitter, Peine und Landau lebensweltliche Bezüge und Vernetzungen verschiedener Communitypartner als grundlegende Elemente eines tragfähigen Verbundsystems der Hilfeangebote, wie auch die Initiative ›Dream Team‹ zeigt, explizit in den Blick. In Übereinstimmung mit der Ottawa-Charta der WHO gingen die Gruppen davon aus, dass effektive Gesundheitsförderung in konkreten Aktionen (Handlungsbedarfsermittlung, Entscheidungsprozesse, Aktivitätenplanung und -umsetzung) verankert und unmittelbar an die Stärkung lebensweltlicher Gemeinschaften (Empowerment) und ihrer Beteiligung und Kontrolle über ihre Gesundheitsbelange (ownership & control) gebunden sein muss⁴⁶ Fokussie-

ren nicht-partizipative Gesundheitsforschungsansätze vor allem die Förderung funktionaler und interaktiver Gesundheitskompetenzen, skizzieren die Erfahrungen aus zwei Jahren AnNet, dass partizipative Forschung nicht nur mit der Fähigkeit, ›Gesundheitsinformationen‹ zu nutzen, sondern auch mit der Kompetenz, individuell und kooperativ Gesundheits- und Lebensbedingungen zu verändern (kritische Gesundheitskompetenz), unmittelbar verwoben ist ^{47(p126)}. Durch die communityorientierte Forschungsstrategie und die **Generierung von Forschungsergebnissen in über acht Forschungsprojekten**, die gemeinsame Ableitung von Empfehlungen aus dem Forschungsprozess, die Entwicklung von Leitfäden für eine angehörigensensible Kommunikation im Gesundheits- und Arbeitsmarktumfeld (vgl. ›Symptome mit System‹ und ›Perspektiven am Arbeitsmarkt‹) sowie die Bildung, Umsetzung und Reflexion lokaler Strategien und Initiativen, trug AnNet nicht nur zur Entwicklung lokaler Netzwerke, sondern auch zum (inter)nationalen Diskurs z. B. über die Verbesserung der Suchthilfe und des Gesundheitssystems bei.

2.3. Universitätsforscher und Forschung als Lernende

»Die Bereitschaft, die eigene Perspektive infrage zu stellen und sich mit anderen Perspektiven auseinanderzusetzen ist [...] eine Grundvoraussetzung der partizipativen Forschung, die für alle Beteiligten gilt. Für akademische Forscher/innen bedeutet dies, dass sie kein Privileg auf Wissen beanspruchen können und ihre Sichtweisen nicht den Sichtweisen der Akteure übergeordnet sind. Wissenschaftlichem Wissen wird im gesellschaftlichen Kontext häufig eine besondere Autorität zugesprochen. In der partizipativen Zusammenarbeit wird es jedoch nur als eine unter mehreren Arten von Wissen behandelt, die genutzt wird, aber nicht privilegiert wird.«^{7(p65)}

In einem partizipativen Forschungsprojekt und im Kontext wechselseitiger Lernprozesse sind nicht nur Angehörige und Praktiker, sondern auch **Universitätsforscher ›Lernende‹**. So wird die Bereitschaft, eigene Perspektiven und Wissensbestände zu reflektieren und infrage zu stellen, auch bei uns als

Universitätsforschern vorausgesetzt. Einige unserer ›Lernerfahrungen‹ und Stellen, an denen die Angehörigenforscher zum Forschungsstand und -diskurs beigetragen haben, wollen wir daher aus unserer Sicht im Folgenden für Euch und Sie skizzieren.

Die Ambivalenz des Co-Abhängigkeitskonzeptes

Zunächst einmal machte uns die Zusammenarbeit mit den Angehörigenforschern auf die Vielseitigkeit des Co-Abhängigkeitskonzeptes aufmerksam: Von den Angehörigenforschern wurde die ›Angemessenheit‹ des Co-Abhängigkeitskonzeptes nicht nur, wie in der Wissenschaft häufig üblich, kritisch reflektiert^{48–51}, sondern das Konstrukt ›Co-Abhängigkeit‹ auch in seiner Ambivalenz gesehen. Denn so stigmatisierend und wenig trennscharf das Konzept für einige Angehörige und Forscher auch erscheinen mag, so nützlich erschien es einigen der AnNet-Angehörigenforscher wiederum: Nicht nur kann der Begriff dabei helfen, Suchmaschinen im Internet zu ›optimieren‹, sodass hilfesuchende Angehörige bei einer Internetsuche auch tatsächlich auf Hilfsangebote wie Selbsthilfegruppen stoßen, sondern er kann auch dabei unterstützen, Fachkräfte und Entscheider für die Alltagsherausforderungen und Belastungen Angehöriger zu sensibilisieren (vgl. u. a. ›Neue Hilfsangebote für Angehörige‹, ›Perspektiven angehender Fachkräfte‹, ›AnNet-Zukunftswerkstatt‹).

Der ›Mehrwert‹ partizipativer Forschung

Neben den alltäglichen Herausforderungen Angehöriger ermöglichen die Angehörigenforscher uns auch Einblicke in ihre vielfältigen Unterstützungsquellen (vgl. Abschnitt ›Hilfesystem‹) und prägten damit unsere weitere Forschung.¹¹ Aufbauend auf den Einblicken und Rückmeldungen, die wir von den Angehörigenforschern erhielten, erweiterten wir die Befragtengruppe unserer Praxisexperteninterviews u. a. um weitere Fachkräftegruppen des Gesundheits- und Sozialwesens (wie z. B. aus dem Bereich der Altenpflege), lenkten ein besonderes Augenmerk auf die Rolle der **Hausärzte und Notaufnahmen im Kran-**



kenhaus und ergänzten die Leitfäden für unsere Angehörigen- und Erfahrungsexperteninterviews z. B. um die Facetten ›Sucht und Alter‹ sowie ›Digitalisierung‹. Zudem unterstützen die Angehörigenforscher die Universitätskollegen vom Institut für Psychologie, indem sie über ihre Netzwerke und Selbsthilfeforen auf die AnNet-Online-Studie aufmerksam machten.

Konzepte mit Forschungs- und Erfahrungswissen füllen

Auch Konzepte aus Forschung und Praxis wie ›integrierte Suchtbehandlung‹ und ›Patientenorientierung‹ wurden von den Angehörigenforschern um lebensweltliche Facetten ergänzt, die aus der Perspektive Angehöriger eine wichtige, aber dennoch vielerorts noch unzureichend erforschte und adressierte Rolle spielen.⁴⁴ Nicht nur die Unterstützung beim Leben mit Abstinenz, sondern auch Konzepte zur **Nachsorge und Familienorientierung** in der Suchtbehandlung gilt es, so hoben die Forschungsergebnisse und Empfehlungen der Gruppen hervor, mit weiteren Erkenntnissen aus Forschung und Praxis und Erfahrungen von Angehörigen und Familien zu füllen und weiterzuentwickeln⁴⁴ (vgl. ›Klinik Transparent‹, ›AnNet-Zukunftswerkstatt‹). Darüber hinaus sensibilisierten uns die Angehörigenforscher gemeinsam mit Forschungsergebnissen z. B. von Jim Orford⁵² und Praxisexperten wie Claudia Chodzinski und Jens Flassbeck^{52,53} für mögliche Traumata und körperliche Beschwerden Angehöriger. Zugleich betonten die Angehörigenforscher aber auch, dass Angehörige ›mehr‹ als potentielle Patienten sind,

die es durch medizinisch-therapeutische Angebote zu erreichen gilt: Angehörige, so lautete nicht nur die Empfehlung der AnNet-Gruppe Peine, sollten nicht nur in der Praxis und Forschung ›mit‹ Angehörigen, sondern auch in der Forschung ›über‹ Angehörige als Experten gerahmt werden, die nicht nur Hilfe in Anspruch nehmen, sondern auch selbst durch Forschung, (Selbst-)Hilfangebote und Vernetzung zur weiteren Verbesserung von Hilfestrukturen beitragen. (vgl. »Zwei Jahre AnNet in Peine«, AnNet-Gruppe Peine)



¹¹ Minkler zitiert nach 21(p78) spricht hinsichtlich der Verbesserung von Forschungsmethoden und Instrumenten durch Mitforschende und der Möglichkeit zur gemeinsamen Reflexion und kommunikativer Validierung von Forschungsergebnissen auch vom ›Mehrwert‹ (›added value‹) partizipativer Forschung. Dieser ›Mehrwert‹, darauf weisen unter anderem Hella von Unger⁷ und Meredith Minkler und Kollegen² noch einmal deutlich hin, darf aber nicht zur Wahl eines partizipativen Forschungsdesigns aus forschungspraktischen und strategischen Gründen unter Ausblendung partizipativer Prämissen verführen. ›Mehrwert‹ – so beschreiben es auch Nind²⁵ und von Unger^{7(p65)} und so war es auch unsere Erfahrung – kann sich im Kontext partizipativer Forschung nur realisieren, wenn Universitätsforscher ihre erarbeiteten Forschungsergebnisse nicht als allgemeingültig und sich selbst als wissenschaftliche Experten sehen, sondern sich in der gemeinsamen Diskussion immer wieder auf die Auseinandersetzung mit den eigenen Forschungsergebnissen und verschiedenen Formen des Wissens einlassen. (vgl. Abschnitt »Der Blick in die Ferne«)

Durch neue Begrifflichkeiten neue Realitäten schaffen

Neben der Hervorhebung wichtiger Forschungsthemen bereicherten die Angehörigenforscher auch durch die Auswahl ›eigener‹ Begrifflichkeiten den gemeinsamen Forschungsprozess und erweiterten unsere Perspektive auf Angehörige und suchtbetroffene Familien:

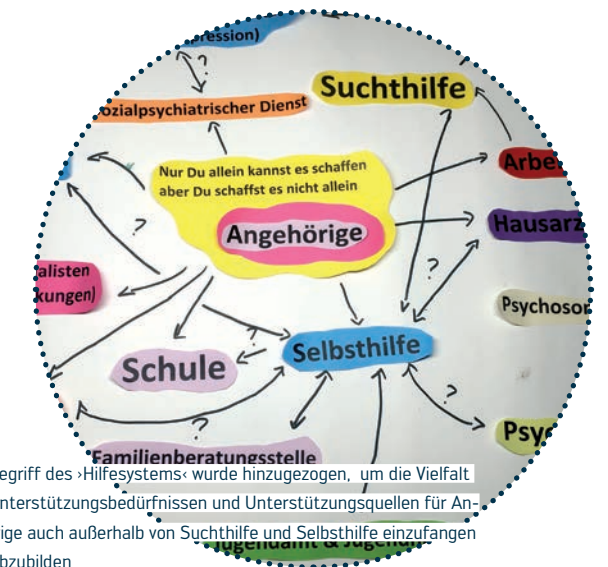
»**Neue Begrifflichkeiten schaffen neue Realitäten.**«
(AnNet-Zukunftswerkstatt)

Eines der Grundanliegen in allen AnNet-Gruppen war es, die Unterstützung für Angehörige und betroffene Familien weiter zu verbessern. Über Forschung, die Erstellung von Gesprächsleitfäden und Empfehlungen und die Entwicklung von Strategien und Initiativen auf Grundlage von gesicherten Erkenntnissen, etablierten Instrumenten und vielseitigen Wissensbeständen aus dem Forschungsprozess und der weiteren Forschungslandschaft fanden die Gruppen so vielfältige Wege, um Praxis mitzugestalten. Entlang des partizipativen Forschungsprozesses wurden aber nicht nur Hilfestrukturen vernetzt und verändert, sondern flankierend auch Begrifflichkeiten sichtbar gemacht bzw. im Projektgeschehen eingeführt und verankert. Diese prägten – wie z. B. das Konzept ›Austausch auf Augenhöhe‹ (vgl. ›Perspektiven angehender Fachkräfte‹) – das Miteinander in den Gruppen und im Forschungsprozess mit den angehenden Fachkräften und Praxisexperten und heben auch die **lebensweltlichen Bedürfnisse und Schwerpunktsetzungen** der Angehörigen hervor:

So wurde z. B. die Bedeutung, welche die Angehörigenforscher in der AnNet-Gruppe ›Perspektiven am Arbeitsmarkt‹ der Vernetzung verschiedener Unterstützungsangebote und der Bereitstellung von Präventionsangeboten für Angehörige beimaßen, durch das von der Gruppe entwickelte Konzept des ›Präventionsgesprächs‹ (vgl. Check-UP-Liste) hervorgehoben. Parallel wurde auch der Begriff »**Hilfesystem**« (vgl. ›Perspektiven angehender Fachkräfte‹) im Forschungsprozess von den Angehörigenforschern immer wieder hinzugezogen, um

die Vielfalt von Unterstützungsbedürfnissen und Unterstützungsquellen für Angehörige auch außerhalb von Suchthilfe und Selbsthilfe einzufangen und abzubilden. Ursprünglich wurde der Begriff ›Hilfesystem‹ durch die AnNet-Gruppe Peine von den Pädagogikstudierenden aus dem Studierendenaustausch übernommen (vgl. ›Perspektiven angehender Fachkräfte‹). Die im Folgenden aufgeführte Beschreibung eines ›Hilfesystems‹ aus der Perspektive der AnNet-Gruppe Peine half, im gemeinsamen Forschungsprozess Hilfe und Hilfsquellen u. a. in ihren verschiedenen Dimensionen aufzufächern und für die Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Initiativen wie EuLe, Dream Team und AnNa weitere Netzwerkpartner und Multiplikatoren zu identifizieren.

»Unterstützungsbedarfe Angehöriger sind vielfältig und gehen [...] über Selbst- und Suchthilfe hinaus: Ausbleibende Unterhaltszahlungen, Arbeitslosigkeit und drohende Beschäftigungsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit bringen uns mit Familiengerichten, Jobcentern, Pflegestützpunkten, Krankenhäusern, Arbeitgebern und/oder Renten- und Krankenversicherungen in Kontakt. Hilfebereiche, die wertvolle Unterstützung leisten, aber auf die Angehörigenthematik nicht immer vorbereitet und damit auch manchmal überfordert sind.«
(AnNet-Gruppe Peine, ›Vernetzte Unterstützung für junge Menschen aus suchtbetroffenen Familien‹)



3. Der Blick in die Ferne: Themen und ›Reiseorte‹ für die Zukunft

Unsere gemeinsame ›Reise‹ durch zwei Jahre AnNet-Projekt soll nun mit einem Blick in die Zukunft enden: Wie soll die Nachhaltigkeit unseres AnNet-Projektes und unserer Initiativen und Forschungsergebnisse auch nach Projektende gesichert werden und welche Themen könnten ›Reiseziele‹ für zukünftige Praxis- und Forschungsprojekte mit und für Angehörige und suchtbetroffene Familien sein?

3.1. Ausblick und Nachhaltigkeit

Die Sicherung von Nachhaltigkeit und der Transfer der AnNet-Ergebnisse über die Projektgruppen und Projektlaufzeit hinaus waren von Projektanfang an von großem Interesse für die Angehörigen- und Universitätsforscher. Unser gemeinsames Anliegen, die **Erkenntnisse und Ergebnisse als Grundlage für weitere Forschungs-, Vernetzungs- und Entwicklungsprojekte** nutzbar zu machen, spiegelte sich daher bereits in den Untersuchungsdesigns der einzelnen Forschungsprojekte und in den Arbeitsschritten wider. Eine Grundannahme bei unserer Zusammenarbeit basierte dabei auf einigen der Hauptmerkmale partizipativer Forschung¹ und ging davon aus, dass Transfer besser gelingen kann, wenn Angehörige, aber

auch Betroffene und Praktiker (partizipativ) in den Forschungs- und Transferprozess eingebunden sind und ihre Überlegungen zu Konsequenzen für die Praxis berücksichtigt werden:

Im Projektverlauf gelang es rückblickend in allen drei Gruppen, Forschungsergebnisse der Angehörigen- und Universitätsforscher zunächst in Entwicklungsstrategien und im Rahmen von drei Initiativen in die Praxis der Standorte zu transferieren. Ansätze wie die Plan-Do-Study-Act-Methode und das bereits im Forschungsprozess angewendete SMART¹²-Konzept (vgl. ›Dream Team‹) sowie die Einbeziehung weiterer, im Umsetzungsprozess identifizierter Experten (wie z. B. der Lehrer bei EuLe) ermöglichten in der Umsetzung **zeitnahe Feedbackschleifen** und weitere Anpassungsprozesse (der Adressatenkreis des EuLe-Flyers wurde so z. B. um die Zielgruppe der Lehrer erweitert, während der Textumfang des Dream-Team-Flyers reduziert wurde). Ergebnisse aus der ›Baustellen und Tankstellen‹-Analyse und Forschungsergebnisse der Angehörigenforscher und des Universitätsteams^{42,54,55} steuerten zudem Wissen darüber bei, welche Akteure neben offiziellen Anlaufstellen wie Selbsthilfegruppen und Suchtberatungsstellen als Unterstützungsquellen, Netzwerkpartner und Multiplikatoren

aus Angehörigenperspektive für die Strategieentwicklung und Initiativenumsetzung eine Rolle spielen konnten. Mit Blick auf die Initiativen EuLe, AnNa und Dream Team erwiesen sich die von den Angehörigen- und Universitätsforschern generierten Forschungsergebnisse somit als direkt nutzbar. Über ihre **Rückbindung und In-Bezug-Setzung zum aktuellen Forschungsstand** dienten die Forschungsergebnisse zudem auch der Reflexion und Ergänzung von theoretisch und hierarchisch entwickelten Wissensbeständen¹³ (z. B. zu Unterstützungsquellen Angehöriger), wobei die besonderen Bedürfnisse der Angehörigen in den Mittelpunkt gerückt wurden.

Über die einzelnen AnNet-Gruppen hinausgehend umfasste die Transfer- und Disseminationsstrategie auch den Austausch zwischen den Gruppen (z. B. Transfer der Vorgehensweise und Erfahrungen von der Dream-Team-Initiative auf die EuLe-Initiative) und die projektübergreifende Kommunikation der Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Projekt. Dazu wurde nicht nur eine Projekt-Website eingerichtet und regelmäßig vom Universitätsteam gepflegt, sondern gemeinsam auch Radioshows⁵⁸, Vorträge bei praxisorientierten und wissenschaftlichen Fachveranstaltungen^{58–65}, Publikationen^{44,66}, Austausche

und ein abschließender Handlungsempfehlungsbericht – das AnNet-Arbeitsbuch – zusammengestellt und weitere Öffentlichkeit durch ›Transferworkshops‹ (wie z. B. den EuLe-Abend, die AnNet-Abschlussworkshops Niedersachsen und Rheinland-Pfalz und einen Workshop bei der Jahrestagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen) hergestellt.

An den **Standorten** selbst möchte die AnNet-Gruppe Peine in der Zukunft weiter über die Alateen-Gruppe bei Dream Team mitwirken und den Studierendenaustausch koordinieren. Die über die AnNet-Gruppe Salzgitter gebildete Initiative EuLe plant – in Fortführung durch die Koordinatorinnen von der Caritas und dem Elternkreis – über den EuLe-Flyer Kontakt mit weiteren Schulen aufzunehmen und Präventionsangebote für Lehrer, Eltern und Schüler noch weiter auszuweiten. In Landau möchte man die AnNa-Initiative und die über die Projektlaufzeit gewachsenen guten Kontakte zum Therapieverbund Ludwigsühle nutzen, um gemeinsam Ansätze zu entwickeln, die den Austausch von Angehörigen, Betroffenen und Therapeuten im Rahmen der Suchttherapie fördern und Angehörige und Betroffene bei der Gestaltung von Übergängen im Suchthilfesystem unterstützen. Zudem spielen – wie das Zitat im

¹² Nach SMART-Kriterien sollen Ziele möglichst spezifisch, messbar, für alle Beteiligten akzeptabel, realistisch und terminiert sein.³⁶ Im AnNet wurden die Kriterien sowohl für die Formulierung von Forschungszielen der einzelnen Forschungsprojekte als auch für die Planung und Umsetzung der Initiativen angewendet. Auf diesem Weg verfolgte nicht nur der partizipative Forschungsprozess eine doppelte Zielsetzung, sondern wurden auch die Qualitätsmaße partizipativer und qualitativer Forschung, an denen sich alle Forschungsprojekte orientierten (s.u.), um die von den Angehörigen entwickelten Ziele und ›Qualitätsmaßstäbe‹ ergänzt.

¹³ Die **Qualitätssicherung** im Rahmen der Angehörigen- und Universitätsforscherprojekte orientierte sich an etablierten Standards qualitativer und partizipativer Forschung. Dazu gehörte u.a. eine iterative Auswertung (z.B. unter Anpassung der Leitfäden), die Auswertung des qualitativen Materials durch mindestens zwei Forscher (Triangulation), die Erhebung bis zur theoretischen Sättigung, »member checking« und kommunikative Validierung, die gegenseitige Unterstützung von Angehörigen- und Universitätsforscher als »peer reviewer«, sowie eine regelmäßige Hinzuziehung weiterer Wissenschaftler zur ›externen‹ Prüfung des Forschungsprozesses^{56,57}.

Folgenden belegt – auch die Studierenden aus dem Studierendenaustausch¹⁴ und Jessica und Julia als junge Fachkräfte durch ihre Erfahrungen und ihr Wissen eine wichtige Rolle für die Nachhaltigkeitssicherung des AnNet-Projektes:

»Als Angehörige haben wir zwei Jahre lang mit Jessica und Julia als angehende Fachkräfte zusammengearbeitet und sie als aufmerksame und einfühlsame Gegenüber, die sich sehr gut in die Angehörigenproblematik einfühlten konnten, kennen- und schätzen gelernt. [...] Wir hoffen, dass Julia und Jessica ihren Elan für die Angehörigen- und Netzwerkarbeit nicht verlieren und sich auch in Zukunft noch viele Angehörige und angehende Fachkräfte mit Jessica und Julia austauschen und von und mit ihnen lernen können.« (AnNet-Gruppe Peine, »Perspektiven angehender Fachkräfte«)

Welche flankierenden Maßnahmen könnten zusätzlich die Nachhaltigkeit der Initiativen und Erkenntnisse aus dem AnNet-Projekt fördern und auch als Themen für Forschung, Praxis und die Förderung der Lebensqualität von Angehörigen und Betroffenen von Bedeutung sein?

3.2. Qualitätsentwicklung und kontinuierliche Verbesserung durch partizipative Evaluation

Die Erfahrungen bei der Umsetzung von Initiativen wie AnNa und Dream Team hoben hervor, wie wichtig Reflexivität^{57,69}, d. h. z. B. das kontinuierliche Überprüfen und Infragestel-

len von Vorgehensweisen und Ergebnissen nicht nur in der Forschung, sondern auch bei der Entwicklung von Initiativen und Netzwerken ist. Ebenso wie Initiativen wie Dream Team und EuLe in ihrer Entwicklung und Umsetzung einem kontinuierlichen **Prüf- und Anpassungsprozess** unterzogen wurden, sollten auch die Passgenauigkeit und die Wirksamkeit von Unterstützungsansätzen für Angehörige regelmäßig überprüft und Anpassungen vorgenommen werden, die sowohl der Unterstützung Angehöriger als auch der Steuerung und Entwicklung von Betrieben, Einrichtungen und Gruppen, z. B. in der Suchthilfe, der Arbeitsverwaltung oder der Selbsthilfe zugutekommen. Welche Potentiale könnten partizipative Forschungsansätze zukünftig nicht nur zur Erforschung der Unterstützungsbedürfnisse, sondern auch zur weiteren Verbesserung von Unterstützungsangeboten für Angehörige entfalten? Als Antwort auf diese Frage hält die AnNet-Gruppe »Perspektiven am Arbeitsmarkt« als Empfehlung fest, dass Vernetzung und Zusammenarbeit von Experten aus Betrieben, Suchthilfe und Arbeitsverwaltung mit Angehörigen und Betroffenen im Rahmen von Evaluation und Qualitätsentwicklung helfen könnten, gemeinsam Qualitätskriterien zu entwickeln, die betriebs-, vermittlungs- und angehörigenspezifische Besonderheiten berücksichtigen und zu einer adressatennadäquaten Weiterentwicklung bestehender Ansätze im Sinne eines **kontinuierlichen Verbesserungsprozesses** beitragen. An diese Empfehlung anschlussfähig wären hier aus der Qualitätsentwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste bekannte Verfahren der partizipativen Evaluation³⁵

¹⁴ Bisher gibt es nur vereinzelte partizipative Studien zur Curriculumsentwicklung in der Fachkräfteausbildung.^{67,68} Die größte Einschränkung unserer partizipativen Forschungsstudie »Perspektiven angehender Fachkräfte« war die kleine Samplegröße, die aufgrund der gewählten Methoden und zeitlichen Rahmenbedingungen keine Repräsentativität realisiert und bedingt durch die Rekrutierungsmethode (i. e. freiwillige Veranstaltung außerhalb des Studienplans) davon ausgehen muss, dass bevorzugt Studierende mit Vorwissen bzw. Interesse am Thema teilnehmen (>selection bias<). Während die Daten daher keine generalisierbaren Aussagen zulassen, aus denen sich gezielte Empfehlungen z. B. für die curriculare Ausbildungsgestaltung angehender Fachkräfte ableiten ließen, ermöglicht der partizipative und explorative Zugang dennoch erste Einsichten in die Perspektiven und Herausforderungen angehender Fachkräfte und Forschungszugänge selbst betroffener Angehörigenforscher.



Julia Lack

Ich arbeite seit 1,5 Jahren im AnNet-Projekt mit. Begonnen habe ich die Arbeit während meines Studiums der Erziehungswissenschaft an der Universität Hildesheim. In meiner Qualifikationsarbeit habe ich mich auf Prävention für Eltern und ihre suchtbetroffenen Kinder konzentriert. Basierend auf meinen Forschungsergebnissen haben wir u. a. zusammen mit Christiane Assmann (Caritas) und Heike (Elternkreis) die AnNet Initiative »EuLe« (Eltern und Lehrer engagiert) zur regionalen Vernetzung u. a. von Angehörigen, Betroffenen, Lehrern, Sucht- und Selbsthilfe entwickelt.

Dank der persönlichen Einblicke, die mir die Angehörigen in ihr Leben gewährten, wurde ich für die Thematik der Angehörigen sensibilisiert, wie es ohne das partizipative Forschungsprojekt vermutlich nur nach langjähriger Berufserfahrung möglich gewesen wäre.

Auch in Zukunft möchte ich die wertvollen Erfahrungen aus dem AnNet-Projekt und der Zusammenarbeit mit Angehörigen und Vertretern aus der Sucht- und Selbsthilfe als auch dem Gesundheits- und Sozialwesen in meinen Berufsweg und in die Arbeit mit betroffenen Familien nachhaltig einbringen. Besonders die gemeinsame Vernetzung zwischen Sucht- und Selbsthilfe liegt mir dabei am Herzen.

»Für die Zukunft wünsche ich mir vor allem, dass die Angehörigenthematik noch mehr Gehör in der Öffentlichkeit findet, sodass es Angehörigen leichter fällt in ihrer oft herausfordernden Situation Hilfe ohne Scham- und Schuldgefühle aufzusuchen bzw. anzunehmen.«



Mein Name ist **Jessica Böker**. Im Jahr 2016 schloss ich das Studium der »Sozial- und Organisationspädagogik« an der Universität in Hildesheim ab. Während meiner Studienzeit und darüber hinaus engagierte ich mich in dem Projekt »AnNet« (Angehörigennetzwerk) an der Universität Hildesheim. Einer meiner persönlichen Interessen galt in diesem Projekt vor allem den Kindern aus suchtbelasteten Familien. Aufgrund dessen schrieb ich meine Bachelorarbeit zum Thema »Die Rolle sozialer und professioneller Unterstützung für Kinder aus suchtbelasteten Familien« auf der Grundlage individueller Erfahrungen von betroffenen, heute erwachsenen Kindern. Des Weiteren koordinierte ich das »Dreamteam«, welches innerhalb des »AnNet« Projekts entstand, mit.

Auch in meiner beruflichen Zukunft möchte ich mit und für Kinder aus suchtbelasteten Familien arbeiten, denn auch aktuell gibt es leider keine flächendeckenden Angebote für betroffene Kinder. Für die Angehörigen von Suchterkrankten wünsche ich mir vor allem, dass Aufklärung zum Thema Sucht stattfindet, sodass Sucht kein Tabuthema mehr ist und es Angehörigen einfacher fällt, sich Unterstützung zu suchen und diese auch zu bekommen. Angebote für Betroffene sollten geschaffen und flächendeckend integriert werden.

als partnerschaftliche Herstellung lokaler »praxisbasierter Evidenz«³⁶. Interessant zu reflektieren wäre daher im Rahmen der Fortschreibung der AnNet Initiativen und auch im Kontext zukünftiger Forschungs- und Netzwerkinitiativen, wie entlang selbstevaluativer Prozesse Beschreibungen und Bewertungen von Ausschnitten und Auswirkungen verschiedener Unterstützungsansätze im Kontext lokaler Netzwerke und Strukturen nach selbstbestimmten Kriterien vorgenommen und »konkrete Qualitätsfragen der Praxis« mit punktuellen »Beiträgen zur Theoriebildung« verknüpft werden können^{15 35,71(p21)}.

¹⁵ Die Einbeziehung von Universitätsforschern – als »[E]xterne der Evaluationssteuerung«^{70(p110)} – könnte hier dabei helfen, »blinde Flecken« zu vermeiden und die methodische Qualität der Auswertungsergebnisse zu untermauern.

3.3. Lotsen und Case-Management in der Unterstützung Angehöriger und betroffener Familien

Über das Community-Mapping-Verfahren, den partizipativen Forschungsprozess und die netzwerkbasierte Forschung der Universitätsforscher gelang es, Menschen und Unterstützungsquellen außerhalb des professionellen und selbsthilfebasierten Suchthilfesystems über ihre lebensweltlichen Bedeutungen für Angehörige zu erschließen und in ein Hilfesystem, wie es uns die Angehörigenforscher beschrieben, zu integrieren.

ren. Es konnte dabei beobachtet werden, dass Angehörige in unterschiedlichen Lebenslagen (z. B. Angehörige im höheren Lebensalter oder arbeitslose Angehörige) andere und weitere Schwerpunkte und Probleme benannten, als sie von den Schlüsselpersonen in Praxis und Forschung – also z. B. bei unseren Austauschen und auch im Rahmen der Praxisexperteninterviews^{72,73} (s. o.) – wahrgenommen werden⁴².

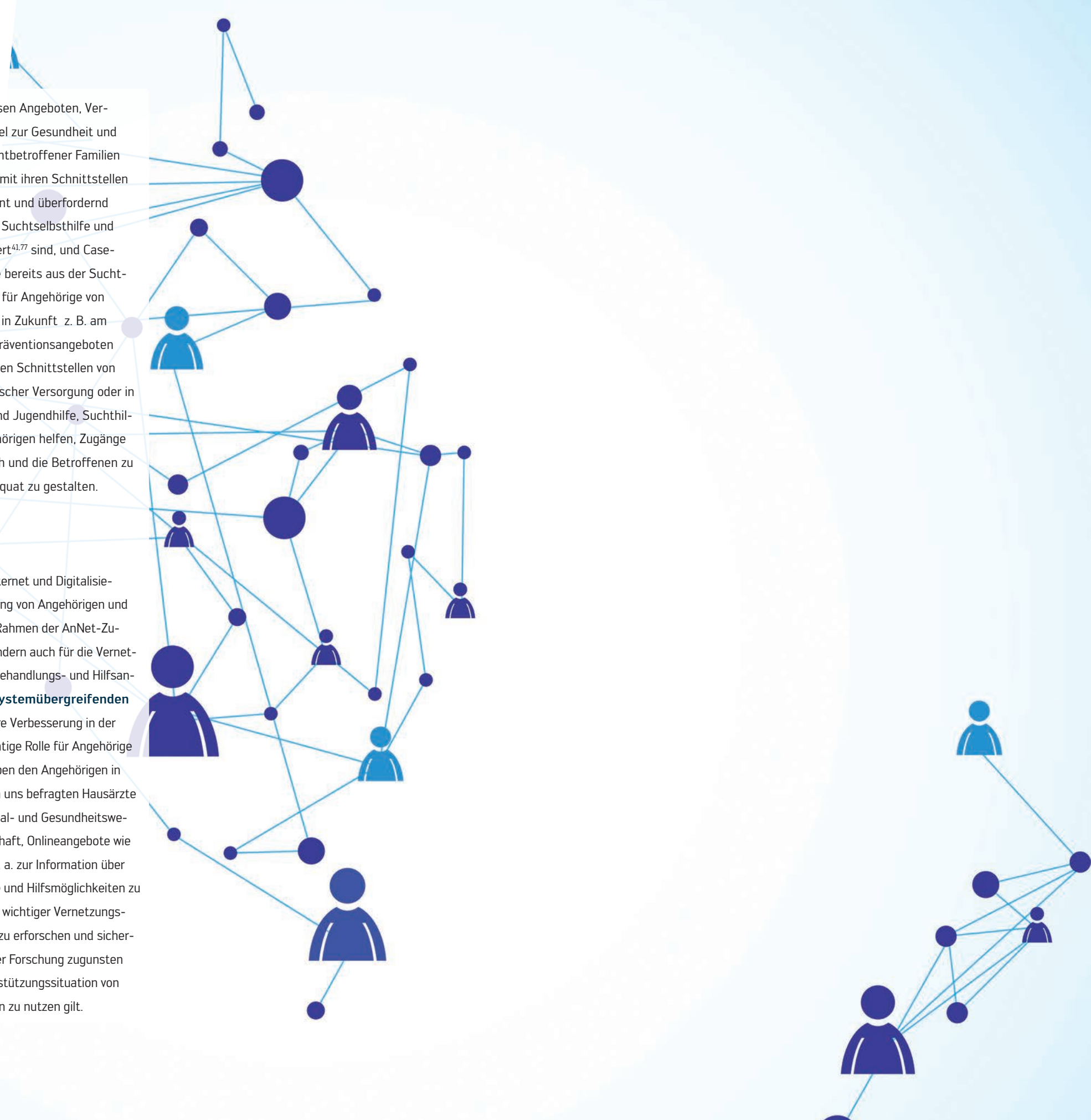
Durch diese »**Mehrperspektivität**«⁴⁰, d. h. über die Zusammenführung der Perspektiven Angehöriger, Betroffener und Praktiker, konnten sowohl Herausforderungen in den Unterstützungskonzepten selbst als auch in ihrer lebensweltlichen Verankerung identifiziert werden, wie das folgende Zitat aus der AnNet-Gruppe TVL Landau zeigt^{44(p7)}:

»Aus Angehörigenperspektive verlaufen Behandlungsprozesse der Suchtkranken mit Übergängen zwischen verschiedenen Leistungsbereichen (u.a. zwischen Entwöhnung, Adaption und Nachsorge) und Sektoren (u.a. Suchthilfe, Jugendhilfe, Psychiatrie, Justiz). Angehörigeneinbeziehung in die **Gestaltung dieser Übergänge** kann aus dem Wunsch Betroffener und Familien, aber auch aus Versorgungslücken z.B. bei Doppeldiagnosen entstehen, die bis zu 50 % der Fälle bei Alkohol- und bis zu 70 % bei Drogenabhängigkeit betreffen.^{74,75} Sektorübergreifende Verbundleistungen und Case-Management-Ansätze gelten hier für die Behandlung Suchtkranker, die Adressierung von Komorbiditäten und die Gestaltung lückenloser Übergänge bereits als vielversprechend.⁷⁶ Ein wichtiges Thema für die Zukunft wäre hier nachzuvollziehen, ob übergangsbezogene Unterstützungsangebote für Angehörige, wie sie bereits in der Behandlung anderer chronischer Erkrankungen erprobt sind⁴², ergänzend sinnvoll sind, um den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Familien nach Angehörigeneinbeziehung zu entsprechen und sie bei der Umsetzung ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen einer gesundheits- und patientenorientierten Suchthilfe zu unterstützen.«

Hilfesysteme können mit ihren diversen Angeboten, Vernetzungen und Ansprechpartnern, viel zur Gesundheit und Lebensqualität Angehöriger und suchtbetroffener Familien beitragen, aber auf den ersten Blick mit ihren Schnittstellen und Übergängen ebenso intransparent und überfordernd wirken. Lotsen, wie sie bereits in der Suchtselbsthilfe und Peer-Arbeit in der Psychiatrie etabliert^{41,77} sind, und Case-Management-Angebote, wie man sie bereits aus der Suchthilfe (s. o.) kennt, könnten hier auch für Angehörige von Bedeutung sein: Sie könnten helfen, in Zukunft z. B. am Arbeitsmarkt zur Verknüpfung von Präventionsangeboten für Angehörige beizutragen und an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung oder in den Berührungszonen von Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe, Psychiatrie und Selbsthilfe Angehörigen helfen, Zugänge zu Unterstützungsangeboten für sich und die Betroffenen zu finden und Übergänge bedürfnisadäquat zu gestalten.

3.4. Digitalisierung als Chance

In diesem Zusammenhang können Internet und Digitalisierung sicherlich nicht nur zur Vernetzung von Angehörigen und Selbsthilfe beitragen, wie es u. a. im Rahmen der AnNet-Zukunftswerkstatt diskutiert wurde, sondern auch für die Vernetzung und Integration verschiedener Behandlungs- und Hilfsangebote, die Verankerung eines **hilfesystemübergreifenden Case-Managements** und die weitere Verbesserung in der Gestaltung von Übergängen eine wichtige Rolle für Angehörige und Betroffene spielen. Betonten neben den Angehörigen in unseren AnNet-Gruppen auch die von uns befragten Hausärzte und weiteren Praxisexperten des Sozial- und Gesundheitswesens⁷³ ihr Bedürfnis und ihre Bereitschaft, Onlineangebote wie z. B. geschützte Mitgliederbereiche u. a. zur Information über Handlungsoptionen, Behandlungswege und Hilfsmöglichkeiten zu nutzen, scheinen digitale Ansätze ein wichtiger Vernetzungszweig, den es in Zukunft noch weiter zu erforschen und sicherlich nicht nur im Rahmen partizipativer Forschung zugunsten der weiteren Verbesserung der Unterstützungssituation von Angehörigen und betroffenen Familien zu nutzen gilt.



QUELLENANGABEN

1. Israel B, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB, Allen J, Guzman R. Critical issues in developing and following CBPR principles. In: *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. ; 2008:47-67.
2. Minkler M, Corage Baden A. Impacts of CBPR on academic researchers, research quality and methodology, and power relations. In: *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. ; 2008:243-263.
3. Stoecker R. Are academics irrelevant? Approaches and roles for scholars in CBPR. In: *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. ; 2008:107-121.
4. Mead G. Muddling through: Facing the challenges of managing a large-scale action research project. In: *The Sage Handbook of Action Research: Participative Inquiry And Practice*. ; 2013:629-643.
5. Flicker S, Travers R, Guta A, McDonald S, Meagher A. Ethical dilemmas in community-based participatory research: recommendations for institutional review boards. *J Urban Health Bull NY Acad Med*. 2007;84(4):478-493. doi:10.1007/s11524-007-9165-7.
6. Bradbury H, Reason P. Issues and choice points for improving the quality of action research. In: *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. ; 2008:225-243.
7. Unger H von. *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Auflage: 2014. Wiesbaden: Springer VS; 2013.
8. Nagel A. *Aktionsforschung, Gesellschaftsstrukturen und soziale Wirklichkeit: Zum Problem der Vermittlung von Theorie und Praxis im sozialwissenschaftlichen ... / Series 11: Education / Série 11: Pédagogie*. 1st ed. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften; 1983.
9. Fine M. Postcards from Metro America: Reflections on Youth Participatory Action Research for Urban Justice. *Urban Rev*. 2009;41(1):1-6. doi:10.1007/s11256-008-0099-5.
10. Schneider B. *Hearing (Our) Voices: Participatory Research in Mental Health*. 1st ed. Toronto, ON: University of Toronto Press; 2010.
11. Bergold J, Thomas S. Participatory Research Methods: A Methodological Approach in Motion. *Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res*. 2012;13(1). <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1801>. Accessed September 11, 2014.
12. Becker AB, Israel B, Gustat J, Reyes A, Allen J. Strategies and techniques for effective group process in CBPR partnerships. In: *Methods in Community-Based Participatory Research for Health*. ; 2013:69-97.
13. Hughes I. Action research in healthcare. In: *The Sage Handbook of Action Research: Participative Inquiry And Practice*. ; 2013:381-394.
14. Fong Chui L. The significance of participatory praxis in developing participatory health intervention. In: *The Sage Handbook of Action Research: Participative Inquiry And Practice*. ; 2013:524-550.
15. Beresford P. Theory and practice of user involvement in research. Making the connection with public policy and practice. In: *Involving Service Users in Health and Social Care Research*. ; 2013:6-17.
16. Ochocka J, Janzen R, Nelson G. Sharing power and knowledge: professional and mental health consumer/survivor researchers working together in a participatory action research project. *Psychiatr Rehabil J*. 2002;25(4):379-387.
17. Oliver M. Changing the Social Relations of Research Production? *Disabil Handicap Soc*. 1992;7(2):101-114. doi:10.1080/02674649266780141.
18. Wright MT, Gardner B, Roche B, von Unger H, Ainlay C. Building an international collaboration on participatory health research. *Prog Community Health Partnersh Res Educ Action*. 2010;4(1):31-36. doi:10.1353/cpr.0.0102.
19. Guta A, Wilson MG, Flicker S, Travers R, Mason C, Wenyeve G, O'Campo P. Are we asking the right questions? A review of Canadian REB practices in relation to community-based participatory research. *J Empir Res Hum Res Ethics JERHRE*. 2010;5(2):35-46. doi:10.1525/jer.2010.5.2.35.
20. Minkler M, Wallerstein N. *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. 2 edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2013.
21. von Unger H, Gangarova T, Quedraogo O, Flohr C, Spennemann N, Wright M. Stärkung von Gemeinschaften: Partizipative Forschung zu HIV Prävention mit Migrantinnen. 2013.
22. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*. 1998;19:173-202. doi:10.1146/annurev.publhealth.19.1.173.
23. Kumar S, Chambers R. *Methods for Community Participation: A Complete Guide for Practitioners*. London: Intermediate Technology Pubn; 2002.
24. Minkler M, Coombe C. Using force field and SWOT analysis as strategic tools in community organizing. In: *Community Organizing and Community Building for Health and Welfare*. ; 2012:444-449.
25. Nind M. Participatory data analysis: a step too far? *Qual Res*. 2011;11(4):349-363. doi:10.1177/1468794111404310.
26. Wright MT, von Unger H, Block M. Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: *Partizipative Qualitätsentwicklung in Der Gesundheitsförderung Und Prävention*. ; 2010:35-52.
27. Yonas MA, Aronson R, Schaal J, Eng E, Hardy C, Jones N. Critical incident technique: an innovative participatory approach to examine and document racial disparities in breast cancer healthcare services. *Health Educ Res*. 2013;28(5):748-759. doi:10.1093/her/cyt082.
28. Dick B. What can grounded theorists and action researchers learn from each other? In: *The Sage Handbook of Grounded Theory: Paperback Edition*. ; 2010:398-416.
29. Schaal JC, Lightfoot AF, Black KZ, Stein K, White SB, Cothorn C, Gilbert K, Hardy CY, Jeon JY, Mann L, Mouw MS, Robertson L, Waters EM, Yonas MA, Eng E. Community-Guided Focus Group Analysis to Examine Cancer Disparities. *Prog Community Health Partnersh Res Educ Action*. 2016;10(1):159-167. doi:10.1353/cpr.2016.0013.
30. Jackson SF. A participatory group process to analyze qualitative data. *Prog Community Health Partnersh Res Educ Action*. 2008;2(2):161-170. doi:10.1353/cpr.0.0010.
31. Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? *Soc Sci Med* 1982. 1995;41(12):1667-1676.
32. Flicker S, Wilson M, Travers R, Bereket T, McKay C, van der Meulen A, Guta A, Cleverly S, Rourke SB. Community-based research in AIDS-service organizations: what helps and what doesn't? *AIDS Care*. 2009;21(1):94-102. doi:10.1080/09540120802032650.
33. Green LW. Closing the chasm between research and practice: evidence of and for change. *Health Promot J Aust Off J Aust Assoc Health Promot Prof*. 2014;25(1):25-29. doi:10.1071/HE13101.
34. Deming WE. *Out of the Crisis*. 2nd ed. Cambridge, Mass.: The Mit Press; 2000.
35. Springett J, Wallerstein N. Issues in participatory evaluation. In: *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. Jossey Bass; 2008:199-220.
36. Wright M, von Unger H, Block M. Lokales Wissen, lokale Theorie und lokale Evidenz für die Gesundheitsförderung und Prävention. In: *Partizipative Qualitätsentwicklung in Der Gesundheitsförderung Und Prävention*. ; 2010:53-74.
37. Reason P, Bradbury H. Introduction. In: *The Sage Handbook of Action Research: Participative Inquiry And Practice*. ; 2013:1-10.
38. Moser H. *Grundlagen der Praxisforschung*. 1st ed. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 1995.
39. Liamputtong DP. *Researching the Vulnerable: A Guide to Sensitive Research Methods*.; 2006.
40. Hermann A, Partenfelder F, Raabe S, Riedel B, Ruszetzki R. »Miteinander statt übereinander« : Ergebnisse einer Begleitstudie zum Weddinger Psychoseseminar und Erfahrungen mit der Forschungspartizipation von Psychoseerfahrenen. *J Für Psychol*. 2004;12(4):295-325.
41. Utschakowski J, Sielaff G, Bock T, Winter A. *Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie*. 1st ed. Köln: Psychiatrie Verlag; 2015.
42. Schnute M. Transitions in care: What can family-members of people who struggle with substance use teach us about care integration? Vortrag bei der 17th International Conference on Integrated Care. 2017.
43. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. DHS-Memorandum: Angehörige in der Sucht-Selbsthilfe. 2013. <http://www.dhs.de/arbeitsfelder/selbsthilfe.html>.
44. Schnute M, AnNet Gruppe Therapieverbund Ludwigsmühle, Böker J, Lack J. Perspektiven Angehöriger auf ihre Einbeziehung in die Suchthilfe: Ergebnisse einer Photovoice Studie. under review. 2017.
45. Leune J. Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: *Jahrbuch Sucht 2014*. Berlin, GER: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; 2014:181-203.
46. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. (WHO Rport: 2nd edition). 2003. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf. Accessed November 8, 2011.
47. Wright M. Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International collaboration for Participatory Health Research. 2013.
48. Klein M, Bischof G. Angehörige Suchtkranker – Der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells. *Sucht Z Für Wiss Prax*. 2013;59(2):65-68.
49. Orford J, Velleman R, Copello A, Templeton L, Ibang A. The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs Educ Prev Policy*. 2010;17(sup1):44-62. doi:10.3109/09687637.2010.514192.
50. Orford J, Natera G, Copello A, Atkinson C. *Coping with Alcohol and Drug Problems*. London: Routledge; 2014.
51. Asher RM. *Women with Alcoholic Husbands*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press; 1992.
52. Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Soc Sci Med Int J*. 2013;78:70-77.
53. Flassbeck J. *Co-Abhängigkeit: Diagnose, Ursachen Und Therapie Für Angehörige von Suchtkranken*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2011.

54. Böker J. Die Rolle sozialer und professioneller Unterstützung für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Bachelorarbeit. 2016.
55. Lack J. Eltern suchterkrankter Kinder. Bachelorarbeit. 2017.
56. Flick U. Geltungsbegründung, Darstellung und Perspektiven qualitativer Forschung. In: *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung.* ; 2007:485-574.
57. Hall W, Callery P. Enhancing the Rigor of Grounded Theory: Incorporating Reflexivity and Relationality. *Qual Health Res.* 2001;11(2):257-272. doi:10.1177/104973201129119082.
58. AnNet Gruppe Peine, Bodenburg M. Über Sucht spricht man nicht? Leben auf dem Karussell. Erfahrungen und Unterstützung für Angehörige Suchtkranker. Sonderbeitrag im Rahmen der Sendung »Katerfrühstück« auf Radio Tonkuhle-. 2016.
59. AnNet Gruppe Perspektiven am Arbeitsmarkt, Böker J, Lack J, Schnute M. Arbeitsmarktteilhabe und betriebliche Gesundheitsförderung Angehöriger. Vortrag beim »Netzwerk betriebliche Suchtkrankenhilfe« der Salto Suchthilfe Salzgitter. April 2016.
60. AnNet Gruppe Perspektiven am Arbeitsmarkt, Schnute M. Perspektiven Angehöriger am Arbeitsmarkt- erste Ergebnisse einer partizipativen Studie mit und Für Angehörige von Suchtkranken. Vortrag beim Aufsichtsrattreffen des Jobcenters Peine am 08.08.2016. 2016.
61. Andrea, Heike, Assmann C, Schaffhausen U, Böker J, Lack J, Schnute M. Vernetzte Unterstützung für Angehörige Suchtkranker: Die AnNet Initiativen »Dream Team« und »EuLe«. Vortrag bei der Jahrestagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen am 23.08.2016. 2016.
62. AnNet Gruppe Müze Salzgitter, Lüttge B, Löchner S, Böker J, Lack J, Schlaak I, Schnute M. Die Rolle sozialer und professioneller Unterstützung für Eltern suchtkranker »Kinder« und »Kinder« suchtkranker Eltern. Vortrag beim Deutschen Suchtkongress. 2016.
63. AnNet Gruppe Peine, Böker J, Lack J, Schnute M. Angehörige - wer ist das eigentlich? Perspektiven angehender Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialsystems zu den Lebens- und Belastungssituationen von Angehörigen Suchtkranker: Ergebnisse einer partizipativen Studie. Vortrag beim Deutschen Suchtkongress. 2016.
64. AnNet Gruppe Müze Salzgitter, Böker J, Lack J, Schnute M. Die Rolle sozialer und professioneller Unterstützung für suchtbelastete Familien. Vortrag beim Präventionsrat Salzgitter. 2016.
65. Schnute M. Quality and access to primary care for families facing substance use challenges. Vortrag bei der International Health Conference at Kings College London 2016. 2016.
66. Schnute M, AnNet Family Member Groups. Transitions in care: What can family-members of people who struggle with substance use teach us about care integration? *Int J Integr Care.* 2017;in press.
67. Doran KM, Kirley K, Barnosky AR, Williams JC, Cheng JE. Developing a novel Poverty in Healthcare curriculum for medical students at the University of Michigan Medical School. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2008;83(1):5-13. doi:10.1097/ACM.0b013e31815c6791.
68. Hudon C, Loignon C, Grabovschi C, Bush P, Lambert M, Goulet É, Boyer S, De Laat M, Fournier N. Medical education for equity in health: a participatory action research involving persons living in poverty and healthcare professionals. *BMC Med Educ.* 2016;16:106. doi:10.1186/s12909-016-0630-4.
69. Etherington K. *Becoming a Reflexive Researcher - Using Our Selves in Research.* Jessica Kingsley Publishers; 2004.
70. Beywl W. Evaluationsmodelle und qualitative Methoden. In: *Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzung.* ; 2006:92-116.
71. König J. *Wie Organisationen durch Beteiligung und Selbstorganisation lernen: Einführung in die Partizipative Qualitätsentwicklung.* 1. Auflage. Opladen: Verlag Barbara Budrich; 2009.
72. Schnute M, Lack J. Sucht und Angehörige im höheren Lebensalter. in Vorbereitung. 2017.
73. Schnute M, Lack J. Suchtbetroffene Familien und Digitalisierung in der Hausarztpraxis. in Vorbereitung. 2017.
74. Berberich-Haiser B, Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter (BVEK). Was tun bei Doppeldiagnosen? Erfahrungen und Sichtweisen betroffener Eltern. Vortrag bei der DHS Fachkonferenz »Abstinenz - Konsum - Kontrolle.« 2016. <http://www.dhs.de/dhs-veranstaltungen/rueckschau/fachkonferenz.html>.
75. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Positionspapier zur ambulanten Weiterbehandlung nach der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker. 2013. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/11-13_DHS-Position_zur_ambulanten_Weiterbehandlung.pdf.
76. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zur Kombinationsbehandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. 2013. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/2013_DHS-Stellungnahme_Kombibehandlung.pdf.
77. Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. Leitfaden für Lotsennetzwerke der SuchtSelbsthilfe. 2016. http://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2016/08/fdrtexte10_Lotsenstandards.pdf.

Dieser Beitrag steht auch als elektronische Publikation im Internet zur kostenfreien Verfügung: DOI 10.18442/665



PEINE

»VONEINANDER LERNEN UND HILFE FÜR ANGEHÖRIGE GEMEINSAM VERBESSERN«

ES HAT SICH VIEL GETAN IN PEINE

Zwei Jahre AnNet in Peine – was haben wir erreicht? »Andere Angehörige erreichen und von unseren Erfahrungen lernen lassen«, »etwas über Sucht und die eigenen Handlungsmöglichkeiten als Angehörige lernen«, die »eigene Geschichte öffentlich machen«, sich »mit anderen auszutauschen« und die »Politiker wissen lassen: Da gibt es auch noch Angehörige, die solltet ihr sehen und diese Themen sind für Angehörige wichtig« – die Wünsche und Erwartungshaltungen an den partizipativen Forschungsprozess in unserer Gruppe waren vielfältig, als wir mit neun Leuten im Dezember 2015 unsere Zusammenarbeit begannen. Ebenso bunt wie die Wünsche an das Projekt wurde auch die Zusammensetzung unserer Gruppe, die während des Forschungsprozesses zwischenzeitlich bis auf 18 Mitforschende wuchs: Neben Eltern suchtkranker »Kinder« beteiligten sich auch Partner und Erwachsene, die in suchtkranken Familien aufgewachsen sind, am Forschungsprozess. Die Altersspanne in unserer Gruppe reicht von 28 bis 74 Jahren, und es kamen sowohl Angehörige, die bisher keine Selbst- oder professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten, aber auch Angehörige mit 40-jähriger Selbsthilfeerfahrung in unsere Gruppe, um gemeinsam mit Marion, Julia und Jessica zu forschen.

Ein erstes wichtiges Forschungsthema, das wir zu Beginn unserer Zusammenarbeit identifizierten, war der Kontakt zwischen Angehörigen und Fachkräften des Sozial- und Gesundheitswesens, also z. B. den Suchtberatern, Ärzten, Psychologen und Krankenschwestern, dem Pflegepersonal im Altenheim oder Mitarbeitern der Jugendämter und Jobcenter. In unserer Gruppe stellten wir nämlich fest, dass Angehörige häufig mit diesen Gruppen in Kontakt kommen. Auf der einen Seite kann aus dem Kontakt viel Positives für Angehörige und betroffene Familien entstehen (vgl. auch »Klinik transparent«), auf der anderen Seite können Fachkräfte aber auch Wissenslücken mit Blick auf uns Angehörige haben. In unserem ersten Forschungsprojekt interessierten wir uns daher dafür, welche Annahmen und welches Wissen angehende Fachkräfte der Sozialpädagogik und Psychologie über uns Angehörige haben. Wissen über Angehörige – so war unsere Annahme – bildet zum einen eine wichtige Grundlage für die spätere Zusammenarbeit von Fachkräften und Angehörigen. Zum anderen – und das war unser zweites Anliegen – geben Wissensstände auch einen Einblick in Wissenslücken und lassen erste Empfehlungen zu, welche Inhalte über uns Angehörige aus der Perspektive von uns Angehörigen in der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften zukünftig eine Rolle spielen können und sollen.

Ein zweites wichtiges Forschungsthema waren für uns die Kinder aus suchtkranken Familien. Hier wussten wir aus eigener Erfahrung, aus dem Austausch mit Herrn Flassbeck und Frau Stender und auch aus den Forschungsarbeiten der AnNet-Gruppe Landau (vgl. »Suchtbetroffenen Familien mit Kindern besser helfen«) und des Universitätsforscherteams wie wichtig Kontinuität, aber auch Interprofessionalität, also das Zusammenwirken von Selbsthilfe, Suchthilfe und weiteren Vertretern des Gesundheits- und Sozialwesens, ist, um Kindern und Jugendlichen umfassend zu helfen. Unsere zweite Forschungsfrage beschäftigte sich daher mit der Herausforderung, wie sich, ausgehend von der Alateen-Gruppe, die wir ins Leben gerufen hatten, vor Ort in Peine ein solches »Hilfesystem« (ein Begriff, den wir von einem der befragten Studierenden übernommen hatten), gestalten lässt. Eine wichtige Grundlage für die Bildung eines solchen Netzwerkes hatten uns die Studierenden aus unserem ersten Forschungsprojekt »Perspektiven angehender Fachkräfte« mit auf den Weg gegeben: Sie sensibilisierten uns nicht nur für die vielfältigen Herausforderungen von Fachkräften (z. B. während der Ausbildung und im späteren Berufsumfeld), sondern auch für das hohe Maß an Empathie und Verständnis von Fachkräften für unsere Herausforderungen als Angehörige. Eine wichtige (Lern) Erfahrung, die uns half, uns auch gegenüber den bereits im Berufsleben stehenden Fachkräften in Peine zu öffnen, eigene schlechte Vorerfahrungen und Vorbehalte zu überdenken und uns auf einen Austausch und die spätere Zusammenarbeit in unserer Initiative »Dream Team« einzulassen.

Vom Thema »ganzheitliche Unterstützungsangebote« gelangten wir vom Dream Team zum Thema »ganzheitliche Perspektive« auf die Herausforderungen Angehöriger.« Mit Blick auf diese Herausforderungen spielen aus unserer Erfahrung neben den sozialen und psychischen auch körperliche Belastungen eine wichtige Rolle. Der Alltag mit einer suchtkranken Person ist oft herausfordernd, und Schmerzen bzw. das Gefühl, sich nun auch nicht mehr auf den eigenen Körper verlassen zu können, aber auch Ärzte, welche Symptome behandeln ohne die möglichen Ursachen zu kennen, können das Gefühl von Hilflosigkeit verstärken. Ein häufiges Problem ist dabei, dass wir als Angehörige häufig gar nicht wissen, dass Symptome wie Nackenschmerzen, Magenprobleme oder taube Hände und Füße auch mit unseren Alltagsbelastungen als Angehörige in Zusammenhang stehen können. Gleichzeitig sprechen auch einige von uns die Suchterkrankungen in unseren Familien bei Hausärzten oder im Krankenhaus nicht an. Hier könnten mehr Offenheit und Vertrauen auf Seiten der Angehörigen, aber auch eine angehörigensensible Gesprächsführung der Behandler hilfreich sein. Unser drittes Forschungsanliegen war es daher, mögliche Bezüge zwischen körperlichen Symptomen und dem Leben in einer suchtbetroffenen Familie nachzuspüren und einige leitende Ideen zu entwickeln, wie Angehörige und Fachkräfte des Gesundheitswesens über die körperlichen Symptome zu einer ganzheitlicheren Perspektive, die unsere Symptome in den Kontext eines suchtkranken Familiensystems stellt, gelangen können.

Forschungsthema 1: Perspektiven angehender Fachkräfte des Sozial- und Gesundheitswesens auf Angehörige und suchtbetroffene Familien

HINTERGRUND: WARUM ANGEHENDE FACHKRÄFTE WICHTIG SIND

Partizipative Forschung kommt aus Nordamerika und gewinnt auch in Deutschland an Bedeutung. In unserem Projekt AnNet arbeiten Angehörige als Erfahrungsexperten, Praktiker und Uniforscher gleichberechtigt zusammen. Wir erforschen zusammen Themen, die für uns als Angehörige wichtig sind. Unser Forschungsstand heißt daher Wissensstand – hier sammeln wir Erkenntnisse aus der Forschung, aber auch aus unserem Alltag als Angehörige und Erfahrungsexperten. Ziel unserer gemeinsamen Forschung ist, dass Angehörige, Forscher und Praktiker voneinander lernen können. Wir hoffen so, gemeinsam durch unsere Forschung und Zusammenarbeit die Lebenssituation von Angehörigen und suchtbetroffenen Familien in Deutschland noch weiter zu verbessern.

Als Angehörige haben wir oft mit Fachkräften des Gesundheits- und Sozialsystems zu tun. Aus der Wissenschaftsforschung weiß man, dass auf Fachkräfteseite Vorbehalte und Wissenslücken gegenüber Suchtkranken und Angehörigen^{3,4} die Kontaktaufnahme und Unterstützung betroffener Familien erschweren können, und gerade Fachkräfte außerhalb der Suchthilfe können hinsichtlich der Frage, wie sie mit Angehörigen in Kontakt kommen und bleiben an ihre Grenzen geraten^{5,6}. Ebenfalls können sich Fachkräfte mit den Suchtkranken ›verstricken‹ und Angehörige werden sogar manchmal noch als ›Verursacher‹ der Sucht stigmatisiert⁷, geraten in der professionellen Suchthilfe in den Hintergrund und können auch selbst Vorbehalte gegenüber professionellen Helfern haben, wie unsere Gruppe im Rahmen der Übung »Baustellen und Tankstellen«

(vgl. »Von der Bedarfserhebung zur Entwicklung regionaler Initiativen und Netzwerke«) zu Projektbeginn dokumentierte:

»Professionelle Hilfe für Angehörige ist meist nicht so schnell zu finden wie für Suchtkranke, die schnell und auch mehrfach hintereinander z. B. für ›6 – 8 Wochen in die Reha‹ geschickt werden, während z. B. eine Therapie oder eine ›Notrufhotline‹ auch für Angehörige hilfreich sein könnte. Ärzte und Sozialarbeiter, die mit den Suchtkranken arbeiten, könnten ›Multiplikatoren‹ sein, die auf die Situation Angehöriger aufmerksam machen, interessieren sich aber häufig nicht für Angehörige, da diese z. B. in der Suchtberatung nicht ›abrechenbar‹ und daher eher ›nutzlos‹ sind. Das liegt auch an den ›Krankenkassen‹, die z. B. Kuren für Angehörige nicht bewilligen, obwohl ja bekannt ist, dass Sucht eine Familienkrankheit ist. Grund für die Ablehnung von Kuren ist z. B. die Aussage ›Ihnen geht's noch nicht schlecht genug.‹ Hausärzte sind wenig motiviert, z. B. bei Kuranträgen zu helfen und verschreiben ›Tabletten‹, anstatt zu fragen, wie es einem denn überhaupt geht.« (AnNet-Gruppe Peine, »Baustellen und Tankstellen«).



Alles im Fluss? Unterstützungsnetzwerke Angehöriger

Kontakt mit Fachkräften



Zugleich können Fachkräfte auch viel Positives für Angehörige und Familien bewirken^{2,8}. Allerdings fehlt es in unserer Erfahrung oftmals an Wissen über das Thema Sucht und darüber, wie sich Sucht auf die gesamte Familie auswirkt. Benjamin*, AnNet-Erfahrungsexperte und erwachsener Sohn aus einer suchtkranken Familie, Partner und Vater einer suchtkranken Tochter, fasst zusammen, warum er bei AnNet mitmacht:

»Weshalb ich jetzt heute hier sitze, das ist mir nicht einfach gewesen, und nicht leichtgefallen, über mich zu sprechen [...] Aber ich denke: Wenn ich das, was ich erfahren habe, nicht weitergebe, dann bleibt es zwar bei mir, aber viele andere Menschen, die außen rum sind [...], die bräuchten die Informationen. Und ich habe festgestellt, dass Therapeuten, Ärzte, wo ich auch hinkomme, von Suchtkrankheiten wenig, wenig, wenig wissen.«

* Name und Beitrag wurden anonymisiert.

Kontakt mit Fachkräften

Bei unserer Forschung interessierten wir uns daher dafür, welches Verständnis angehende Fachkräfte aus dem Sozial- und Gesundheitswesen von den Lebenswelten Angehöriger und ihren Belastungen haben.

Im AnNet-Projekt ist für uns der ›Austausch‹ wichtig. Aus der Selbsthilfe wissen wir nämlich, wie wichtig der Austausch mit Menschen, die Ähnliches wie man selbst erlebt haben, für die eigene Alltagsbewältigung und Entlastung sein kann. ›Austausch‹ kann helfen, die eigene Welt durch die Augen der anderen Gruppenmitglieder zu sehen, eigene Haltungen zu überdenken und von den Erfahrungen anderer zu lernen. Um nicht nur von den Fachkräften zu ›lernen‹, wie sie auf uns als Angehörige schauen, sondern auch, um angehenden Fachkräften einen Einblick in unsere Alltagswelten und Unterstützungsbedürfnisse zu ermöglichen, haben wir unser Konzept »Austausch« auch in un-

sere Forschung übernommen (s. Abschnitt »Vorgehensweise«) und für unsere Befragung angehende Fachkräfte ausgewählt. Ein Forschungsvorgehen, das auf dem Austauschgedanken basiert – so war es unser Ziel – soll Studierenden und Angehörigen ermöglichen, auf der einen Seite als (angehende) Praxis- und Erfahrungsexperten Fragen zu beantworten, aber ihnen auf der anderen Seite gleichzeitig auch die Möglichkeit geben, als Lernende Fragen zu stellen und vom Wissen und den Erfahrungen der anderen zu profitieren.

Wie sind wir vorgegangen?

Um unser Austauschkonzept in die Tat umzusetzen und zu lernen, wie angehende Fachkräfte auf uns Angehörige schauen, riefen wir im Frühjahr 2016 an der Universität Hildesheim

die Initiative Studierendenaustausch ins Leben. Im Frühsommer 2016 konnten wir uns mit 24 Bachelor- und Masterstudierenden der Sozial- und Organisationspädagogik und 14 Studierenden der Psychologie austauschen. Der Austausch mit den Pädagogen fand in einer freiwilligen Extra-Veranstaltung, die im Rahmen eines Seminars angeboten wurde, an einem Freitagabend statt. Für den Austausch mit den Psychologen wurde vom Universitätsteam eine Teilnahmebescheinigung ausgestellt.

Der Austausch beginnt mit einer Gruppendiskussion zum Thema Angehörige auf der Grundlage von fünf Fragen, die wir vorab, basierend auf unseren Erfahrungen als Angehörige in der AnNet-Gruppe, formuliert haben:

1. Welche Gedanken, Erfahrungen oder Erlebnisse fallen Ihnen spontan ein, wenn Sie an das Thema »Angehörige von Suchtkranken« denken?

2. Welche Rolle spielen / werden Angehörige in Ihrem Berufsalltag spielen?

3. Welche Hilfen- und Unterstützungsquellen fallen Ihnen für Angehörige ein?

4. Wie stellen Sie sich den Alltag von Angehörigen vor?

5. Welche Rolle spielen Angehörige im Leben von Suchtkranken?

6. Welche Fragen haben Sie zum Thema Angehörige?

Im Anschluss (Frage 6) haben die Studierenden die Möglichkeit auch uns als Angehörigen- und Erfahrungsexperten Fragen zu stellen.

Alle Studierenden wurden bereits bei Einladung und erneut vor Befragungsbeginn über den Forschungsverlauf aufgeklärt und gaben ihre schriftliche Einwilligung. Die aufgezeichneten Diskussionen wurden verschriftlicht und anonymisiert. Anschließend haben wir uns in der AnNet-Gruppe in zwei Auswertungsgruppen aufgeteilt – eine Gruppe für den Text der Psychologen, die andere für den Text der Pädagogen. Indem wir die Texte Zeile für Zeile durchgegangen sind, haben wir uns angeschaut, welche Themenkomplexe mit Blick auf die Frage »Wie sehen angehende Fachkräfte Angehörige aus suchtbetroffenen Familien?« in den Texten auftauchen. Dabei haben wir den Text in thematische Abschnitte aufgeteilt und jedem der Textteile eine Überschrift bzw. ein Thema zugeordnet. Anschließend haben wir die verschiedenen Themenkomplexe zu Oberthemen verdichtet (»geclustert«), d.h., wir haben Textteile mit ähnlichen Inhalten und Überschriften bzw. Themen zu Themenblöcken, den sog. Oberthemen zusammengefügt.

Während des Clusters haben wir uns zwischen den beiden Gruppen ausgetauscht und gesehen, dass sich die Themen von Psychologen und Pädagogen überlappen. Daher haben wir beschlossen, die Texte Gruppenübergreifend mit den bereits entdeckten Themen weiter zu clustern, aber weiterhin auch nach Unterschieden zwischen den beiden Fachgruppen und nach weiteren Themen zur Bestätigung oder Anpassung der bisher gefundenen Themen zu schauen. Sowohl innerhalb, aber auch zwischen den beiden Auswertungsgruppen gab es immer mal wieder Diskussionen zu den Überschriften und Themen der einzelnen Textteile. In diesen Diskussionen konnten wir sehen, wie verschieden Menschen teilweise auf Textabschnitte schauen und diese interpretieren. Das Diskutieren in der Gruppe war zudem wichtig für unsere Forschungsergebnisse, denn bei Forschung soll es ja nicht darum gehen, dass einzelne Forscher ihre Meinungen und Haltungen durch die Themen, die sie in Texten »finden«, bestätigen, sondern dass verschiedene Forscher beim Blick auf die gleichen Texte zu ähnlichen Themen und Ergebnissen kommen⁹. Die drei von uns identifizierten Oberthemen wollen wir mit ihren Unterthemen im Folgenden beschreiben. In der anschließenden Diskussion wollen wir auf diesen Ergebnissen aufbauend drei Empfehlungen geben und den Stellenwert unserer Initiative Studierendenaustausch für das AnNet-Projekt und für die Ausbildung weiterer Fachkräfte beschreiben:



ERGEBNISSE: ANGEHÖRIGE – WER IST DAS EIGENTLICH?

Hinsichtlich der Frage »Wie erleben angehende Fachkräfte Angehörige Suchtkranker« wurden fachgruppenübergreifend drei Hauptthemen identifiziert: Die (1) Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Familie und die Kinder aus einer suchtkranken Familie sind ebenso wie das Verständnis der Befragten mit Blick auf das Konzept der (2) Co-Abhängigkeit vielfältig. Der Co-Abhängigkeitsbegriff verweist gleichzeitig auf die (3) Unterstützungsbedürfnisse Angehöriger, für deren Unterstützung sich nicht nur auf Ebene der angehenden Fachkräfte Grenzen auf tun:

(1) Die vielfältigen Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Angehörige und Kinder

Neben vielen Fragen zum süchtigen Familienmitglied beschreiben die Studierenden in vielen Facetten, wie sich das Leben mit einer suchtkranken Person nach ihren Vorstellungen auch auf die Familien auswirkt: Angehörige sind einem »permanenten Stress« und einem »Gefühl der Ohnmacht [...] gegen die Krankheit« ausgesetzt, welches »Selbstschutz« nötig macht, »um sich selbst zu bewahren« und Zeit benötigt, um die »seelischen Wunden« und »Verletzungen, die durch die Alkoholsucht entstanden sind«, zu überwinden, beschreiben die Psychologen (Psychologie, S. 2ff.). Die Frage: »Wie schafft man das, bei sich selbst zu bleiben bei all dem, was drum herum passiert«, erlebter »Identitätsraub«, wo man »selbst einfach immer mehr in Vergessenheit gerät irgendwie und vielleicht auch gar nicht mehr weiß, dass man eigentlich da ist«, aber auch,

»dass die Angehörigen ja auch alle Aufgaben übernehmen müssen. Also sie müssen arbeiten gehen, sie müssen für den Haushalt sorgen und sie müssen sich um die suchtkranke Person kümmern.«

dies gehört zu den alltäglichen Erlebnissen Angehöriger, fassen die Pädagogen zusammen (Pädagogik, S. 1ff.). Be-

lastungen Angehöriger ergeben sich für beide Fachgruppen somit nicht nur aus psychischen Erlebnissen von »Stress«, »Verletzungen« und »Ohnmachtserfahrungen«, sondern auch aus den alltäglichen Bewältigungsaufgaben, die nicht zwangsläufig mit Erreichen einer Abstinenz an Umfang verlieren müssen. Mit Blick auf das »Familienleben direkt nach der Therapie« wundert sich eine Studierende:

»Wie läuft das ab, wenn der Erkrankte halt wieder zurück zur Familie kommt? Wie viel Verantwortung muss man übernehmen? Sollte man übernehmen? Also wieder so mit kochen, Alltag regeln. Oder sollte man den auch ein bisschen allein lassen? Weil der ist ja schließlich erwachsen und muss die Sachen selber können« (Psychologie, S. 8).

Ein besonderes Augenmerk beider Fachgruppen richtete sich auf die Kinder aus suchtkranken Familien. Die Studierenden wollten nicht nur wissen: »Wann merkt man als Kind, dass der Vater, die Mutter trinkt?«, sondern überlegten auch: »Sind die Kinder wirklich noch zu jung, um etwas mitzubekommen, und wo finden sie Hilfe?« und fragten die Eltern unter den Angehörigen: »Wie haben die Kinder ausgesprochen, was sie an Hilfe benötigen?« (Psychologie, S. 6ff.; Pädagogik, S. 14ff.).

(2) Angehörige und Co-Abhängigkeit

Einen Begriff, den beide Fachgruppen mit der Angehörigenthematik verbanden (»Welche Gedanken fallen Ihnen spontan ein, wenn Sie an das Thema Angehörige denken?«), ist der der Co-Abhängigkeit, zu dem in beiden Gruppen Fragen bestehen. Eine Pädagogikstudierende wendet sich an die Angehörigen mit den Worten: »Man sagt ja immer, Angehörige seien co-abhängig, aber können Sie sagen, was das eigentlich genau ist?« (Pädagogik, S.2). Hinsichtlich der Frage, wie Co-Abhängigkeit zu definieren ist, besteht in beiden Gruppen Uneinigkeit. Studierende verstehen unter dem Begriff »Co-Abhängigkeit« z. B. ein »gewisses Risiko, selbst abhängig« zu werden, aber auch »in Tun, Handeln und Alltag« von der Sucht »abhängig« zu sein, sich zu »isolieren« und das persönliche Umfeld auszugrenzen. Aus Sicht der Psychologie-

studierenden können co-abhängige Verhaltensweisen auch »angepasste Verhaltensweisen« sein, wo z. B. »Liebe und Anerkennung zur Verstärkung von Suchtverhalten« führen (Psychologie, S. 3). Ein angehender Pädagoge fasst den Alltagsbezug des Konzeptes zusammen: »Co-abhängig ist doch irgendwie alles, was Angehörige so versuchen, um noch irgendwie im Leben klarzukommen« (Pädagogik, S.3).

(3) Unterstützung für Angehörige und professionelle Helfer

In beiden Gruppen besteht weitgehende Übereinstimmung darüber, dass auch Angehörige Unterstützung benötigen. Den angehenden Helfern sind dazu einige konkrete Hilfsangebote für Angehörige, aber auch die eigenen Wissensgrenzen bekannt. Als Antwort auf die Frage »Wo finden Angehörige Hilfe?« hält ein angehender Pädagoge fest:

»Ich habe festgestellt, das Thema Angehörige und Hilfe, dass es so richtig in dem Beruf von uns noch nicht so toll verankert ist, wie es sein sollte« (Pädagogik, S. 2).

Auf die Frage aus der Gruppe »Wie können Psychologen helfen?« beschreiben die angehenden Psychologen, wie die Unterstützung für Angehörige an zwei Grenzen stößt. Die erste Grenze ergibt sich unmittelbar aus dem im Studium vermittelten Wissen. Eine Studierende gibt zu bedenken:

»Was man so, glaube ich, noch gar nicht zuordnen kann, das ist die Vorbereitung vom Studium, weil wir so festgestellt haben, dass bei uns, dass das so eigentlich gar nicht gegeben ist, dass man sich so praktisch auch überhaupt nicht vorbereitet fühlt« (Psychologie, S. 16).

Und eine Kommilitonin befürchtet:

»[...] als Angehöriger von einem Alkoholkranken ist man natürlich im Prinzip relativ allein auf der Welt, also, weil man nicht so viel aus dem Theoretischen eines Studiums nehmen kann und das praktisch anwenden kann« (Psychologie, S. 16).

Durch die Sucht können auch bei Angehörigen seelische Wunden und Verletzungen entstehen

Eine zweite Grenze in die Unterstützung von Angehörigen macht die Psychologiegruppe direkt im Gesundheitssystem: An »zu wenige(n) Kassenzulassungen«, am Bildungssystem: die »Ausbildung, (die) sehr lange dauert« und dem Fehlen einer »medizinisch-psychologisch(en) Sofortversorgung«, wie es sie beispielsweise bei Unfälle(n) gibt, fest. Eine Studierende hebt hervor:

»Das ist einfach aber ein Problem von den Krankenkassen, dass die Psychologen zwar wahrscheinlich größtenteils genau wissen, okay, da gibt es Leute, die leiden darunter auch, aber die wissen auch, ich kriege die Therapie nicht bewilligt. Dann wären ehrenamtliche Bereiche vielleicht die einzig möglichen« (Psychologie S.27).

Die Frage nach der Unterstützung für Angehörige wird in der Pädagogengruppe unter das Leitbild eines ›Hilfesystems‹ gestellt. Ein angehender Pädagoge möchte wissen:

»Hättet ihr euch irgendwo gewünscht, anders abgeholt worden zu sein? Also, dieser Prozess, dass der Angehörige Alkoholiker ist oder wie auch immer, ist er suchtgefährdet oder süchtig, ist ja die eine Geschichte. Aber hättet ihr euch gewünscht, dass Ihr früher ins Hilfesystem gekommen wärt? Dass ihr früher wen getroffen hättet, die euch beraten hätten« (Pädagogik, S. 22).

Das Jugendamt wird von den Pädagogen als Teil des Hilfesystems, zugleich aber auch zweischneidig gesehen: Während eine Studierende befürchtet, dass der Fokus dort auf der »physischen« Versorgung von »außen« liegt, geben zwei Kommilitonen zu bedenken: »Die sind noch versorgt, die beim Jugendamt sind, in irgendeiner Form, die anderen nicht« und eine andere ergänzt: »Und wie viele Familien erst gar nicht beim Jugendamt sind, weil das quer durch alle Schichten geht das Thema.« (Pädagogik, S. 23). Neben Menschen aus dem »sozialen Umfeld«, die »einen auffangen können« (Pädagogik, S. 11), werden von den Pädagogen auch Suchtberatungsstellen als Teile des Hilfesystems angesprochen, während es aus Perspektive einer Studierenden »ja meist eher Beratungsstellen gibt für die Personen selber, die süchtig sind« (Pädagogik, S. 3).

Grenzen in der Unterstützung Angehöriger ergeben sich wie für die Psychologen auch für die Pädagogen aus fehlenden Fachkräften (»Wir sind halt nur so wenige Sozialarbeiter«, Pädagogik, S. 5), aber auch aus Wissenslücken. Ein Studierender erinnert sich, wie Wissenslücken nicht nur aus dem »Studienplan«, sondern auch durch die Art der Wissensvermittlung geprägt werden:

»Als wir diese Projekte hatten, irgendwie: Rauchen oder Alkohol – nein, danke. Da hat die Sozialarbeiterin dagesessen und hat uns alles erzählt und das war eine schöne Woche, aber letztendlich ist da nicht so viel hängengeblieben« (Pädagogik, S. 6).

Mit Blick auf seine freiwillige Teilnahme am Studierenden-austausch fasst er zusammen:

»Also, wenn wir jetzt zum Beispiel irgendwann in die Beratung gehen und ich glaube, also, wenn jemand von uns jetzt vielleicht nicht betroffen ist und da kommt jemand und sagt, nein, pass mal auf, ich habe jetzt hier ein Problem [...], dass wir sagen können, ja, wir haben da mal ein Seminar gehabt und wir haben uns reichlich erzählt und können da wahrscheinlich Kontakte weitervermitteln« (Pädagogik, S. 6).

Gleichzeitig gibt eine angehende Pädagogin zu bedenken, dass sich Unterstützungsbedarfe Angehöriger nicht nur aus dem Leben mit einer suchtkranken Person, sondern auch aus Lücken in der professionellen Unterstützung ergeben können, die sich – wie ein Kommilitone einwirft – nicht nur negativ auf das Wohlbefinden der Angehörigen, sondern auch der Fachkräfte auswirken können:

»[...] was tragen wir als Profession dazu bei, dass sich Angehörige verlieren [...] indem wir eigentlich zu bestimmten Zeiten oder wenn Kontingente ausgeschöpft sind, nicht verfügbar sind und Angehörige dann diese Löcher stopfen« (Pädagogik, S. 3).

»Also, ich habe mal irgendwie was dazu zu dieser Aussage gerade zu sagen, dass die Angehörigen so Lücken stopfen müssen, aber ich finde es halt total schwierig, wenn ich mir vorstelle, dass ich halt später in so einem Feld arbeite, muss ich ja trotzdem als Sozialpädagoge ja trotzdem wieder auf mich achten, weil sonst falle ich ja ins gleiche Muster. Das finde ich irgendwie ist halt ein schwieriges Problem« (Pädagogik, S. 4f.).



Wenn Überlastung droht sollten Angehörige und Fachkräfte auf sich acht geben.

DISKUSSION UND UNSERE EMPFEHLUNGEN

1. Die Kinder nicht aus den Augen verlieren

Ein besonderes Augenmerk der angehenden Fachkräfte galt einem Schwerpunktthema der deutschen Gesundheits- und Sozialpolitik: Den über 2.5 Millionen Kindern und Jugendlichen, welche in Deutschland in suchtbetroffener Familie aufwachsen. In den letzten Jahren ist es u.a. durch Programme wie Trampolin, das Engagement von Selbsthilfegruppen wie Alateen, Interessenverbänden wie NACOA e.V. und die Arbeit von Sucht- Kinder- und Jugendhilfe bundesweit gelungen, eine wachsende Anzahl von Kindern und ihren Familien zu erreichen und das Thema ›Kinder und Jugendliche aus suchtkranker Familie‹ in den Fokus öffentlichen und politischen Wahrnehmens und Handelns zu rücken. Trotz und gerade auch wegen dieser als positiv zu sehenden Entwicklung muss auch in Zukunft ein besonderes Augenmerk darauf liegen, wie eine flächendeckende Unterstützung junger Menschen und ihrer Familien – wie sie im Drogen- und Suchtbericht 2016 festgehalten wurde¹⁰ – noch besser realisiert werden kann, damit die Bedürfnislagen von Kindern und Familien nicht nur gesehen und gehört, sondern auch nachhaltig adressiert werden können. Mit Blick auf die Kinder geben wir den Studierenden daher Recht. In seiner deutschlandweiten Befragung von 27 Hilfsangeboten für Kinder aus suchtkranken Familien resümiert Henning Mielke, Gründer des deutschen NaCoa-Netzwerks, jedoch, dass es hier noch viel zu tun gibt:

»Als eines der drängendsten Probleme wurde in der Umfrage von fast allen Hilfsangeboten die unsichere Finanzierung genannt. Einer der wenigen Finanzierungswege ist die soziale Gruppenarbeit nach § 29 SGB VIII. Diese Hilfe wird für Kinder aus Suchtfamilien in der Praxis allerdings nur von wenigen Jugendämtern individuell gewährt.«¹¹

Unsere erste Empfehlung ist: Die Aufnahme von Angeboten für Kinder in die Regelversorgung. Kein Kind sollte zu lange auf Hilfe warten müssen.



Die Kinder nicht aus den Augen verlieren

2. Co-Abhängigkeit

Bleibt die Validität von Co-Abhängigkeitskonzepten in Praxis und Forschung zwar umstritten^{12,13}, greifen die angehenden Fachkräfte zur Beschreibung der Lebens- und Bewältigungslagen Angehöriger in beiden Befragtengruppen auf den Co-Abhängigkeitsbegriff zurück. Daran wird deutlich, dass der Begriff trotz seiner inhaltlichen Schwammigkeit helfen kann, Fachkräfte für die Herausforderungen Angehöriger zu sensibilisieren. Wenn man bedenkt, dass Hilfe oft nur dort angeboten wird, wo von einem Hilfebedarf ausgegangen wird, dann kann Co-Abhängigkeit ein Schlüssel zur Unterstützung Angehöriger sein. Gleichzeitig kann der Begriff aber auch durch die Verbindung mit den »suchtstärkenden Verhaltensweisen« zur Stigmatisierung Angehöriger als »Mitverursacher der Sucht« beitragen.⁹

Auffällig ist aber, dass dem Wort »Co-Abhängigkeit« auch das Wort ›abhängig‹ immanent ist, wodurch Angehörige durch die Verwendung des Begriffes auch selbst zu Abhängigen werden. Fraglich wird dann aber, warum Angehörige nicht die gleiche Unterstützung, beispielsweise durch das professionelle Suchthilfesystem, wo nur 6% aller Unterstützungsleistungen auf Angehörige entfallen⁷, durch die Kostenträger zur Verfügung gestellt bekommen.

3. Passgenaue Unterstützung auch für Angehörige

Angehörige sind eine vielfältige Gruppe, die aus Partnern, (erwachsenen) Kindern, Ehemännern, Müttern und Vätern und vielen anderen nahestehenden Personen mit vielfältigen Lebensumständen und Bedürfnissen besteht. Um hier passgenaue Hilfen anbieten zu können ist es wichtig, dass professionelle Unterstützer die verschiedenen Angebote z. B. aus Sucht- und Selbsthilfe kennen und weitervermitteln können. Gleichzeitig ist es aber auch wichtig, dass weder Angehörige noch professionelle Helfer Wissens- und Unterstützungslü-

cken in der Versorgung Suchtkranker und ihrer Familien zu füllen haben. Dazu braucht es Aus- und Weiterbildung, aber auch finanzielle Rahmenbedingungen seitens der Kostenträger, die eine ausreichende Fachkräftedeckung gewährleisten.

Hier gilt: Hilfe nicht nur für Angehörige, sondern auch für professionelle Helfer. Wenn es nicht genug Helfer oder Fortbildungen gibt, können die wenigen Helfer selbst krank werden, die Hilfebedarfe Angehöriger nicht erkennen oder sich mit den Suchtkranken ›verstricken‹⁷. Um Angehörige noch besser zu unterstützen, sind daher nicht nur Fachkräfte und Einrichtungen, sondern auch die Politik und Kostenträger gefordert, Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Zusammenarbeit zu schaffen. Diese sollten sowohl das Wohlbefinden und die Lebensqualität Angehöriger, als auch die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit der Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens – wo nach aktuellen Studien u.a. mehr Krankentage als bei anderen Erwerbsgruppen auftreten¹⁴ – berücksichtigen.

So wie Flassbeck¹⁵ beschreibt, wie sich »Sozialarbeiter, Psychologen oder Ärzte« mit »welttrettendem Eifer um suchtkranke Klienten« sorgen, wurde auch in den Gesprächen mit den Studierenden der Fokus immer wieder auf die Suchtkranken gerichtet. Dies ist einerseits verständlich, da Sucht eine ernstzunehmende und mitunter auch tödliche Krankheit ist. Zugleich ist die Fokussierung auf die Suchtkranken aber auch ein Problem sowohl für Angehörige als auch professionelle Helfer, wo die Sorge um die Suchtkranken zum »Vergessen«



Fokus zurück auf mich

und »Übersehen« von Angehörigen und Kindern von Suchtkranken durch Suchthilfe und Gesundheitspolitik beitragen kann^{15(p42)}.

Auch als Angehörige ist es für uns häufig schwer, den Fokus von der Sucht wieder auf uns zu richten, uns selbst zu fragen, »wie geht es mir eigentlich?« und den ersten Schritt in Richtung Hilfe zu tun. Die Selbsthilfe, andere Angehörige und ihre Geschichten ermöglichen uns, in den Spiegel zu schauen, zu sehen, wie es uns geht und den ersten Schritt in Richtung Hilfe zu wagen. Zum Leben befähigen, präventiv wirken, unterstützen und behandeln – dazu hoffen wir auf die Fachkräfte. Unsere dritte Empfehlung ist daher: Eine wichtige Aufgabe unseres Gesundheits- und Sozialsystems, und hier insbesondere des Gesundheitsministeriums, des Familienministeriums und der Rentenversicherungsträger, ist es, die Selbsthilfe zu unterstützen und die Belastungen der Angehörigen anzuerkennen und demzufolge die Gesetze und Richtlinien an die neuen Erkenntnisse anzupassen.



Wie geht es mir eigentlich?

DIE INITIATIVE STUDIERENDENAUSTAUSCH: UNSERE ERKENNTNISSE UND EMPFEHLUNGEN

»Um auch Fachkräfte für die Angehörigen- und Suchtthematik zu sensibilisieren ist es wichtig, bereits bei den ›nachfolgenden Generationen‹ anzusetzen«

Mit dieser Feststellung aus der AnNet-Gruppe Peine starteten wir im Januar 2016 die Initiative »Studierendenaustausch«. Seitdem haben mehr als 20 Angehörige aus dem AnNet-Projekt über 100 angehenden Fachkräften am Institut für Sozial- und Organisationspädagogik (SOP) im Rahmen gemeinsamer Austauschtreffen einen Einblick in die Lebenswelten suchtbe-

troffener Familien ermöglicht. Eine Initiative, die sowohl bei Angehörigen als auch Studierenden gut ankommt und die seit 2017 in »Eigenregie« unserer Gruppe in Zusammenarbeit mit Dozentinnen am Institut für SOP wie Christiane Aßmann, Präventionsfachkraft bei der Caritas Hildesheim und Mitinitiatorin der AnNet-Initiative EuLe, durchgeführt wird.

Welche Tipps können wir anderen Angehörigen, Studierenden, Hochschulen und Dozenten mit auf den Weg geben, die einen Studierendenaustausch ins Leben rufen wollen?

AUSTAUSCH AUF AUGENHÖHE STATT VORFÜHRUNG IN DER VORLESUNG

- **Wertschätzung ist wichtig:** Wichtig für alle Teilnehmenden ist ein hohes Maß an Wertschätzung, Anerkennung und Austausch: Angehörige können als Erfahrungsexperten das Praxis- und Forschungswissen der Dozenten ergänzen und Studierende können uns genauso wie die Dozenten durch ihre Fragen und Einsichten helfen, unsere eigenen Denk- und Verhaltensmuster aus einer neuen Perspektive zu sehen.



Studierendenaustausch am Institut für Sozial- und Organisationspädagogik

- **Austausch auf Augenhöhe:** Austausch auf Augenhöhe bedeutet für uns, dass alle Beteiligten Fragen stellen dürfen und sollten. Partizipation sollte nicht nur in der Forschung, sondern auch im Unterstützungsprozess durch Fachkräfte Priorität haben, d. h. Fachkraft und Angehörige sollten z. B. gemeinsam zu einem Problemverständnis und einem Unterstützungs- und Behandlungsweg gelangen, der auch die Stärken Angehöriger wertschätzend würdigt und einbezieht. Wenn Angehörige zu Vorlesungen eingeladen werden und dort zwar Fragen beantworten sollen, aber kaum Fragen stellen oder die Gesprächsführung mitlenken können, würde dies den angehenden Fachkräften vielleicht als ein Negativbeispiel für eine ›einseitige Gesprächsführung‹ dienen, aber kaum eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre schaffen oder einen Einblick in einen partizipatorischen Gesprächsverlauf ermöglichen.
- **Universität zusammen gestalten:** Hierarchische Strukturen in der Universität befinden sich im Wandel. Diesen Wandel auch als Angehörige mitzugestalten und Seminare und Bildungsangebote zu entwickeln, in denen Dozenten, Studierende, Fachkräfte und Angehörige voneinander lernen können, würde nicht nur Angehörigen im Alltag, sondern auch Fachkräften im Berufsalltag helfen, handlungsfähig zu bleiben.
- **Partizipative Forschung in der Fachkräfteausbildung:** Als Angehörige haben wir zwei Jahre lang mit Jessica und Julia als angehende Fachkräfte zusammengearbeitet und sie als aufmerksame und einfühlsame Gegenüber, die sich sehr gut in die Angehörigenproblematik einfühlen konnten, kennen- und schätzen gelernt. Über den sehr persönlichen und auch umfassenden Einblick, den die beiden über die lange Zusammenarbeit in unsere Lebens- und Gedankenwelt erhalten haben, sind sie in einem Maße ›ausgebildet‹, wie man es sich von anderen angehenden Fachkräften bisher oft nur wünschen kann. Die beiden haben es geschafft, uns auf Augenhöhe zu begegnen, anstatt uns als ›Forschungsobjekte‹ zu analysieren und uns mit Abstemplungen oder Zuschreibungen in bestimmte Verhaltensrichtungen zu ›drücken‹. Wenn Angehörige künftig auch in der Suchthilfe eine noch wichtigere Rolle spielen sollen, dann braucht es noch mehr Mitarbeiter, die empathisch auf die Lebenssituationen der Angehörigen eingehen und Kontakt mit den verschiedenen Ansprechpartnern in einem Hilfsnetzwerk herstellen können. Wir hoffen, dass Julia und Jessica ihren Elan für die Angehörigen- und Netzwerkarbeit nicht verlieren und sich auch in Zukunft noch viele Angehörige und angehende Fachkräfte mit Jessica und Julia austauschen und von und mit ihnen lernen können.

EXKURS!

FRAGEN UND ANTWORTEN AUS DEM STUDIERENDENAUSTAUSCH

Der folgende Text ist eine gekürzte Mitschrift von ca. zwei Stunden Austausch mit den Studierenden. Text in Pink

markiert die Aussagen der Studierenden, Text in Weiß die Zusammenfassungen der Aussagen der anwesenden Angehörigen.¹

»Haben Angehörige auch positive Erfahrungen mit Kliniken gemacht?«

Die meisten Angehörigen werden zu wenig einbezogen und auch mit ihren Sorgen und Fragen alleingelassen.

»Wäre dies denn nicht eigentlich Aufgabe des Sozialdienstes?«

»Wenn wir als nicht Betroffene in die Beratung gehen, stehen wir da wahrscheinlich ohne Plan. Sind welche von euch selbst Professionelle geworden?«

Angehörige und ehemalige Betroffene können in professionellen Settings häufig die passgenaueren Fragen stellen und sich ein Bild von den Verstrickungen in der Familie machen, weil sie die ungesunden Strukturen aus eigener Erfahrung kennen. Das setzt aber voraus, dass sich die Angehörigen mit sich selbst auseinandergesetzt haben und erkennen, dass das, was sie als normal empfanden ungesunde Strukturen sind. Man muss lernen, gesunde Strukturen zu leben.

»Wann merkt man als Kind, dass der Vater, die Mutter trinkt? Merken die Kinder nicht, was passiert? Sind die Kinder wirklich noch zu jung, um etwas mitzubekommen und wo finden sie Hilfe? Wie haben die Kinder ausgesprochen, was sie an Hilfe benötigen?«

Kinder reagieren unterschiedlich – einige können kein Glück ertragen und ›werfen‹ beispielsweise die Arbeitsstelle, den Partner und alles, was sie glücklich machen könnte, ›weg‹ und sind dann das schwarze Schaf in der Familie. Gesunde Strukturen lernen Kinder oftmals nur

außerhalb der Familie, z. B. bei Alateen, kennen. Aber auch die Eltern werden, wenn sie genesen, plötzlich von den erwachsenen Kindern als Vorbild und Ansprechpartner, beispielsweise auch im Umgang mit Sucht, wahrgenommen: »Kannste dem Chef mal sagen, wie er mit der Sucht eines Kollegen umgehen kann?« Angehörige suchen manchmal keine Hilfe, weil sie gesunde Strukturen nicht kennen, das kommt oft auch schon aus der Herkunftsfamilie, wo sich diese ›ungesunden Strukturen‹ über viele Generationen fortschreiben – daher ist es so besonders wichtig, die Kinder schon früh zu erreichen.

»Kommt es zu vielen Konflikten mit den eigenen Kindern?«

Es gibt keine Konflikte, zumindest nicht offenkundig, wenn man nicht auch offen über das Thema Sucht spricht.

»Kann das Umfeld auffangen oder wird es zur ›Barriere‹, wo wahrscheinlich auch ›Scham‹ mit reinspielt – vielleicht weicht das Umfeld auch von sich aus der Thematik aus?«

Bei Kindern können ältere Geschwister z. B. eine Hilfselternrolle übernehmen, werden zum »Erziehungsberechtigten« und zum »Ersatzzuhause«, wo »Bestrafung« des Geschwisterkindes durch das ältere Geschwisterkind auch mal zur »Korrektur zum Geradeaus-Gehen« wird. Bestrafung kann in diesem Fall auch Sorge um die Zukunft des Geschwisterkindes, die bei den leiblichen Eltern gefehlt hat, bedeuten und soll z. B. dafür sorgen, dass es nicht ›auf die schiefe Bahn gerät‹.

¹ Die folgenden Ausführungen sind ein Beispiel für die Fragen an die Angehörigen und deren anonymisierte Antworten bei einem Studierenden-austausch. Fragen und Antworten sind exemplarisch und spiegeln nicht die Meinungen der gesamten Gruppe, oder den Ablauf eines Studierenden-austauschs wieder.

»»Geoutet fühlen« und das Gefühl, jeder kennt mein Problem? – kennt ihr das?«

Angehörige machen sich häufig Illusionen, dass das Umfeld nichts weiß, dabei sind es gerade auch mal die Freunde, die Bescheid wissen, aber mit vertuschen. »Ich würde erwarten, dass die Freunde den Betroffenen ansprechen und nicht die Angehörigen in die Deckungsrolle drücken. »Dabei gehören ehrliche Worte doch eigentlich zu einer Freundschaft dazu«.

»Wie steht ihr zur Schuldfrage? Sind Angehörige Schuld an der Sucht?«

Die Schuldfrage ist man losgeworden durch die Selbsthilfegruppe. Auch Kinder geben sich die Schuld und schämen sich für belanglose Dinge.

»Schämt man sich als Angehöriger?«

Schamgefühle, Verheimlichen, Schuldgefühle und Vorwürfe sind an der Tagesordnung. Man hat starke Verantwortungsgefühle auf der einen Seite, wünscht sich aber auch, das Pflichtgefühl mal aufgeben zu können. Loslassen vom Pflichtgefühl und sich selbst bewahren sind wichtig.

»Gibt es auch mal Momente, in denen man nur was für sich tun kann und die Sucht ausblendet?«

An welchem Punkt komme ich als Angehörige an eine Grenze, an der ich beginnen muss, mich selbst zu schützen? Wie geht man mit der Angst um, den Süchtigen loszulassen? Man darf die Hoffnung auch in sich selbst nicht verlieren.

»Haben sie eine destruktive Beziehung gesucht, oder was hat sie dagehalten?«

In guten wie in schlechten Zeiten wurde für mich zur Grundlage des eigenen Pflichtgefühls. Die schlechten Zeiten sind für mich vorbei und jetzt fangen die guten Zeiten an und ich darf mal wieder im Mittelpunkt stehen.

»Wärt ihr gerne von den Helfern anders abgeholt worden?«

Ich habe mir früh Hilfe gewünscht und habe alles dafür getan, dass keine Hilfe kam. Auch professionelle Helfer erkennen das Problem nicht an oder schauen nur auf das Physische. Aber auch Kinder wollen ihre Eltern oftmals nicht verraten. Sucht in der Familie wird zudem manchmal von Fachkräften, gerade bei ›besser gestellten Familien‹ noch ›übersehen‹, sodass viele Familien z. B. gar nicht erst beim Jugendamt ankommen.

»Wie könnte man euch besser abholen?«

Selbsthilfegruppen müssen besser erreichbar sein. Man braucht Geschichten und Menschen, mit denen man sich identifizieren können muss. Auch werden Sachen für einen manchmal normal, sodass man gar nicht merkt, wie heiß das Wasser, in dem der Frosch schwimmt, schon ist.

»Was für Therapie wünscht ihr euch?«

Kur ist besser als Psychiatrie, nach der Kur gibt's dann aber zwei Jahre Wartezeit auf Therapie – das haben einige von uns so erlebt. Es ist als Angehörige schwer

zu verstehen, warum man keine Hilfe bekommen kann. Krisentelefon bedeutet eine kurzfristige Hilfe, aber Familien brauchen kontinuierliche Hilfe. Selbsthilfegruppen geben Stabilität in schwierigen Zeiten – besonders, wenn Hilfe zu langsam kommt – und helfen beispielsweise dabei, die Wartezeit auf einen Therapieplatz zu überbrücken. Auch Psychologen sind ohnmächtig und unvorbereitet im Hinblick auf das Thema Sucht und nicht jede Therapieform ist automatisch die richtige für einen. Nach Unfällen gibt es eine psychologisch-medizinische Sofortversorgung, das Leben mit einem Suchtkranken kann sich anfühlen wie ein Unfalltraum, aus dem man nicht aufwacht. Die Angehörigen sind nicht sichtbar, solange noch alles funktioniert, Zusammenbruch führt in die Psychiatrie und was wird dann aus Kind und Hund? Auch Angehörige müssen aber für Folgeerkrankungen oft in die Klinik, wenn die Erfahrungen nachwirken, auch weil es keine Prävention gab. Warum fragt der Arzt den Alkoholiker nicht nach den Angehörigen? Es interessiert aber nur der Alkoholiker. Langzeitfolgen der nächsten und übernächsten Generation werden nicht gesehen und der Kreislauf dreht sich weiter, auch nach der Scheidung, der ›Trennung‹ vom eigenen Kind oder wenn das Kind erwachsen ist.

Was hätten ihr euch von den Therapeuten der Betroffenen gewünscht?

Jemand sollte meinen Mann fragen, was mit ihm ist, aber alle haben mich gefragt. Die Suchtkranken werden in Ruhe gelassen, aber alles entlädt sich auf den An-

gehörigen, die dann verheimlichen und deckeln. Ich war verzweifelt, dass es keiner gesehen hat, was bei uns los war, aber ich habe alles dafür getan, dass keiner sieht, wie es uns geht. Angehörige und Suchtkranke müssen früher zur Einsicht kommen – »so geht es nicht weiter« und dafür müsste man erstmal in Kontakt sein und den herzustellen ist nicht einfach. Liebe deinen Nächsten WIE DICH SELBST. Angehörige werden, wenn sie z.B. zusammenbrechen, auch von Ärzten nicht im Zusammenhang mit der Sucht wahrgenommen. Kein Hausarzt hat mal nachgefragt – ich weiß aber, dass andere bei uns auch gute Erfahrungen mit den Hausärzten gemacht haben. Man muss das aber auch einfordern, anstatt nicht dran rühren zu wollen und sich mit allem sofort zufriedenzugeben. Ärzte und Psychologen sollten offen sein und in alle Richtungen gucken und auch die Angehörigen sehen, damit die Angehörigen aus dem gewohnten Karussell rauskommen. Auch bei Ärzten und Psychologen gibt es noch Makel und Tabus über die Frau eines Suchtkranken, die ja paradoxerweise eine Mitschuld an etwas zu haben scheint, was ja eigentlich eine Krankheit ist und dabei selbst krank wird. Sucht wird zunehmend als Krankheit gesehen. Die Angehörigen können von der Suchterkrankung weggehen, aber die eigene Krankheit nehmen sie mit.

»Hättet ihr gewollt, dass man euch in die Therapie der Suchtkranken miteinbezieht?«

Nicht in die Therapie, sondern lieber, dass man mich als eigenständige Person sieht, die vielleicht selbst

Hilfe braucht. Aber das Denken des Angehörigen kreist immer wieder um den Rückfall, ohne dem Kranken zu vertrauen, dass er selbst weiß, was für ihn gut ist. Man muss sich auch mal bewusst wegnehmen und auch selbst etwas für sich tun. Von der Klinik wird nichts angeboten und von der Therapie und wie die abläuft weiß man nicht viel und der Betroffene spricht nicht darüber. Wenn mein Mann wieder da ist, fahre ich selbst zur Kur.

Wenn Langzeitfolgen aus dem Blick geraten, dann dreht sich das Karussell der Suchterkrankung weiter und die Geschichte schreibt sich fort – oft über viele Generationen.

Forschungsthema 2: Dream Team Peine – Vernetzte Unterstützung für junge Menschen aus suchtbetroffenen Familien

Seit Beginn unseres AnNet-Projekts hat die AnNet-Gruppe Peine viel für junge Leute bewegt: Nicht nur findet regelmäßig ein reger Austausch zwischen den Mitgliedern der Peiner Gruppe und jungen Nachwuchskräften aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich statt (vgl. »Perspektiven angehender Fachkräfte«), sondern es wurde auch die Gründung einer Alateen-Selbsthilfegruppe für junge Menschen aus suchtkranken Familien angeregt, die sich seit Anfang des Jahres 2016 14-tägig in geraden Kalenderwochen in der Bahnhofsstraße 8 in Peine trifft. Hier können sich junge Menschen in Begleitung genesener »erwachsener Kinder« aus der AI-Anon-Gruppe nicht nur zu ihren Erlebnissen austauschen, sondern auch merken: »Ich bin nicht allein« – ein echtes »Dream Team« –, in dem sich junge Menschen gegenseitig zuhören, unterstützen und als gleichwertig anerkennen.

Wie wichtig Unterstützung gerade für junge Menschen aus suchtbetroffenen Familien ist, das wissen auch Andrea, die die Alateen-Gruppe begleitet, Merle*, die selbst in einer suchtbetroffener Familie großgeworden ist und Jessica, die sich als Mitglied vom Universitätsforscherteam¹ besonders intensiv mit den Kindern aus betroffenen Familien beschäftigt hat. Die drei beschreiben:

»Jugendliche brauchen das Gefühl, dass sie mit ihren Problemen nicht allein sind. Bei Alateen treffen sie andere, mit ähnlichen Problemen und lernen, dass Alkoholismus eine Krankheit ist. Die Jugendlichen finden bei Alateen einen sicheren Ort, wo sie alles sagen und lernen können, mit ihren Gefühlen und dem Leben zurecht zu kommen.« (Andrea)

»In vielen Fällen suchen sich betroffene Kinder eine Art »Ersatzfamilie«, bei der sie sich wohl und geborgen fühlen. Wenn Kinder diese Familie beschreiben, klingt das manchmal so wie das Gefühl, endlich nach Hause zu kommen. Solche Familien können z. B. Selbsthilfegruppen sein, wie Andrea sie begleitet.« (Jessica)

»Bei Alateen habe ich mich zum ersten Mal verstanden gefühlt.« (Merle*, erwachsene Tochter)

Da es in Peine bereits viele tolle und wertvolle Angebote für junge Menschen gibt, haben wir von der AnNet-Gruppe Peine die Idee vom »Dream Team« auf ganz Peine ausgedehnt, um noch mehr junge Menschen und bestehende Unterstützungsangebote miteinander zu vernetzen. Vernetzung bedeutet also beim Dream Team, dass zum einen die verschiedenen Unterstützungsangebote für Kinder aus suchtkranken Familien in Peine untereinander, aber auch die Kinder und deren Eltern mit den Unterstützungsangeboten in Kontakt kommen. Um einen solchen Kontakt herzustellen, wurde von uns zunächst eine »Arbeitsgruppe Initiative Dream Team« mit Vertretern aus den Feldern Sucht-, Familien- und Sozialhilfe sowie psychologische Gesundheit ins Leben gerufen. Als Leitbild für die Zusammenarbeit in unserer Arbeitsgruppe haben wir formuliert:

»Unter der Initiative »Dream Team« arbeiten Einrichtungen und Angebote u. a. aus Selbst-, Sucht- und Jugendhilfe, die die Gesundheit und Lebensqualität junger Menschen fördern und sie bei ihrer Lebensgestaltung unterstützen, zusammen auf Augenhöhe.«

Im Rahmen unserer stattfindenden Arbeitstreffen haben wir uns als erstes Ziel die Erstellung des Flyers »Dream Team Peine« gesetzt, um noch mehr junge Menschen auf die Angebote in und um Peine aufmerksam zu machen.

»Angehörige als Co-Therapeuten: Für Angehörige fühlt es sich manchmal so an, als würden sie von professionellen Hilfsangeboten »genutzt« werden, um an die Suchtkranken »heranzukommen«, sodass das Interesse hinter Angeboten »für« Angehörige (z.B. Angehörigensprechstunden, Trainings für Angehörige) eigentlich nicht den Angehörigen, sondern der Kontaktaufnahme zu den kostenmäßig abrechenbaren Suchtkranken gilt.« (vgl. AnNet Zukunftswerkstatt)

Aus eigener Erfahrung und auch durch die Forschungsergebnisse (vgl. AnNet Zukunftswerkstatt) aus dem AnNet-Projekt wissen wir, dass die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Selbsthilfe mit den professionellen Vertretern aus dem Gesundheits- und Sozialwesen herausfordernd sein kann. Wie haben wir, trotz solcher »Startbedingungen« unseren Weg zu einer guten Zusammenarbeit auf Augenhöhe gefunden?

Alateen

Bei Alateen versuche ich zu lernen, mich meinen Ängsten zu stellen. 😊 07:50 ✓

Ich war immer wütend 😡 und Alateen hat mir geholfen. 😊 07:51 ✓

Seit dem ich bei Alateen bin, fühle ich mich nicht mehr alleine. 🧑 07:54 ✓

Auch wenn ich meine Eltern nicht ändern oder kontrollieren kann, so kann ich sie dennoch weiterhin lieben. 💖 07:57 ✓

Dank Alateen habe ich jetzt Menschen, mit denen ich über alle meine Probleme sprechen kann und ich habe gelernt, dass ich keine Schuldgefühle haben muss. 🌻 07:58 ✓

- Möchtest du deinen Eltern helfen und weißt nicht, wie?
- Machst du dir Sorgen um deine Geschwister, wenn dein/e Mutter/Vater/großer Bruder zu viel Alkohol getrunken haben?
- Schaffst du es Morgens oft nicht, pünktlich zur Schule zu gehen oder strengst du dich so sehr an, dass du nicht auffällst?

WER WIR SIND

Alateen ist eine Gemeinschaft von Jugendlichen, deren Leben durch das Trinken eines Angehörigen beeinträchtigt wurde oder wird.

Alateen Peine (Quelle: Dream Team Flyer)

* Name und Beitrag wurden anonymisiert.

WEGE ZUM MITEINANDER AUF AUGENHÖHE: WIE LÄSST SICH VERNETZTE ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN DER SELBSTHILFE UND HELFERN AUS DEM SOZIAL- UND GESUNDHEITSWESEN GESTALTEN?

Ausgangspunkt für das »Dream Team« war die Alateen-Gruppe. Unsere Bereitschaft zu einem Miteinander auf Augenhöhe und die eigentliche Vernetzungsarbeit mit den Fachkräften des Sozial- und Gesundheitswesens fand aber ihren Ursprung im Studierendenaustausch und der Kontaktaufnahme zur AnNet-Gruppe Peine durch Frau Breford-Argenton vom Lukas-Werk Peine im Frühjahr 2016 (s. Exkurs). Beide Begegnungen machten uns in der AnNet-Gruppe Peine nachdenklich und halfen uns, eigene Vorstellungen von Angehörigen in der Suchthilfe (s. o.) zu überdenken. Denn es kann passieren, dass nicht nur Fachkräfte Vorbehalte gegenüber Angehörigen, sondern auch Angehörige Vorbehalte gegenüber Fachkräften haben, wie ein weiteres Beispiel aus der Zukunftswerkstatt zeigt:

»Angehörige in der Suchthilfe: Kontakt mit Beratungsstellen erfolgt nicht immer auf Augenhöhe, obwohl das wünschenswert wäre. [...] Gegenseitige Wertschätzung wäre wichtig – auch von Seiten der Selbsthilfe, wo es ebenfalls Vorbehalte und Abgrenzungstendenzen gegenüber den professionellen Helfern geben kann. So kann es z. B. passieren, dass sich manchmal einzelne »Angehörige als Zugang zu den Suchtkranken« und »Co-Therapeuten« ausgenutzt, in ihrer Erfahrung nicht wertgeschätzt und vielleicht sogar als »Mitverursacher der Sucht« stigmatisiert und in ihren eigenen Herausforderungen als »unsichtbar« erleben« (Zukunftswerkstatt)

Seit mehreren Jahren arbeitet das Lukas-Werk Peine und trifft sich die Selbsthilfegruppe Al-Anon in der Bahnhofstraße 8 unter demselben Dach. Im April lädt die neue Leiterin der Fachambulanz Peine, Frau Breford-Argenton, die Angehörigen von Al-Anon und das AnNet-Projekt zu einem gegenseitigen Kennenlernen und Austausch ein.

Bei unserem Treffen mit dem Lukas-Werk Peine mit Frau Breford-Argenton – seit 1992 beim Lukas-Werk und seit Anfang des Jahres neue Einrichtungsleitung der Fachambulanz Peine – und mehreren Angehörigen von der Selbsthilfegruppe Al-Anon Peine, die im nächsten Jahr ihr 40-jähriges Bestehen in Peine feiert, treffen viele Jahrzehnte Erfahrungs- und Fachwissen zusammen. Seit ihrem Start in Peine gibt es für Frau Breford-Argenton jede Menge zu tun, berichtet sie uns – es gilt, sich in die neuen Strukturen vor Ort einzuarbeiten, Kontakte mit Menschen und Einrichtungen in Peine zu knüpfen und die gute Arbeit von Frau Kahl fortzuführen. Und doch dauert unser Austausch fast zwei Stunden, tauchen zwischen all den Informationen auch immer wieder eine gesunde Prise Humor und auf beiden Seiten auch Neugier und Offenheit, aufeinander zuzugehen, auf.

Nicht immer ist es in der Suchthilfe einfach, mit Angehörigen in Kontakt zu kommen, berichtet Frau Breford-Argenton. Auf der einen Seite sehen die Kostenträger zwar zumindest für die Angehörigen der Patienten aus der ambulanten Rehabilitation einige Einzelgespräche und Gruppenangebote vor und es sind

WENN AUS HILFEN UNTER EINEM DACH NETZWERKPARTNER AUF AUGENHÖHE WERDEN

Einzelgespräche auch für Angehörige Suchtkranker möglich, die nicht beim Lukas-Werk in Behandlung sind. Auf der anderen Seite ist der erste Schritt in die Suchtberatung für Angehörige aber oft immer noch ein schwieriger, Angebote bleiben ungenutzt. Angehörige suchen häufig zuerst Hilfe für die Suchtkranken und nicht für sich selbst, berichten auch die Angehörigen – doch z. B. in der Al-Anon Gruppe angekommen, merken die Neuen häufig schnell, dass auch Angehörige ebenso krank werden können wie Suchtkranke. Immer wieder melden sich betroffene Angehörige telefonisch bei der Peiner Selbsthilfegruppe Al-Anon, merken im Gespräch schnell, dass sie nicht allein sind und kommen dann in die Gruppe. Problematisch für Angehörige ist es häufig eher, dass sie sich mit der Suchterkrankung auf sich allein gestellt fühlen. Dabei gibt es verschiedene Hilfsangebote von Gesprächen über ambulante bis hin zu stationären Therapien, die nicht nur Betroffene, sondern auch Angehörige von ihrer Verantwortung ein Stück weit entlasten können, berichtet Frau Breford-Argenton den interessierten Zuhörern.

An einem Punkt nicken alle – für die Kinder aus suchtkranken Familien muss sich in Deutschland noch viel tun. Die Al-Anon Gruppe Peine hat dafür eine eigene Alateen-Gruppe ins Leben gerufen und plant im Rahmen des AnNet-Projektes die Aktion »Dream Team« zur Vernetzung von Kindern und Jugendlichen mit lokalen Unterstützungsangeboten. Ein Vorhaben, zu dem Frau Breford-Argenton, die während ihrer vorherigen Tätigkeit in der Fachambulanz Braunschweig der Lukas-Werk-Gesundheitsdienste GmbH u.a. mit dem Projekt »Trampolin« – Kinder aus suchtkranken Familien entdecken ihre Stärken – betraut war, noch viel Expertise beisteuern kann. Zu Ende des Gesprächs ist man sich einig – In Zukunft bietet man nicht nur Hilfen unter einem Dach an, sondern will gemeinsam in der Bahnhofstr. 8 auch ein Haus der offenen Türen sein, in dem alle Familienmitglieder – egal ob Suchtkranke oder Angehörige, junge oder erwachsene Kinder – sich zwischen Beratung und Selbsthilfe, Therapie und Information frei bewegen können und in dem man sich nicht nur im Hausflur auf Augenhöhe begegnet.

EXKURS!



Stefanie Breford-Argenton, 47 Jahre, Diplom-Sozialpädagogin und Sozialtherapeutin, Einrichtungsleitung der Fachambulanz Peine der Lukas-Werk Gesundheitsdienste.

Da Suchterkrankungen in der Regel das gesamte Familiensystem betreffen, wünsche ich mir weitere differenzierte Angebote. Insbesondere flächendeckend für die Risikogruppe der Kinder aus suchbelasteten Familien.

Aus dem Austausch mit den Studierenden und Frau Breford-Argenton wurden für uns zwei Punkte deutlich: Fachkräfte haben – wie sich in den beiden Begegnungen zeigte – ein gutes Verständnis und auch Anerkennung für unsere Herausforderungen als Angehörige und Wertschätzung für die Arbeit der Selbsthilfe. Zudem möchten sie genauso wie wir die Unterstützung für Angehörige durch eine passgenaue Angebotsvielfalt weiter verbessern. Zwei für uns wichtige Punkte, die unser Vertrauen in ein ›Miteinander statt Gegeneinander‹ von Sucht- und Selbsthilfe stärkten und den Weg zur weiteren Zusammenarbeit mit der Suchthilfe ebneten.

Nachdem durch den Austausch mit dem Lukas-Werk ein erstes »Dream Team«-Mitglied gefunden wurde, war es uns wichtig, neben der Suchthilfe noch weitere Helfer mit ins Boot zu holen. Denn die Lebenslagen und Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen sind vielfältig und für jeden sollte es ein passendes Unterstützungsangebot – am besten in einem ganzen ›Hilfesystem‹, wie es die angehenden Pädagogen im Studierendenaustausch (vgl. Perspektiven angehender Fachkräfte) genannt haben – geben.

Um ein solches ›Hilfenetzwerk‹ weiter zu ›stricken‹, haben wir uns bei Auswahl der weiteren Dream Team-Partner und Multiplikatoren vor Ort von unseren eigenen Erfahrungen und den Forschungsergebnissen aus dem AnNet-Projekt leiten lassen: Unterschiedliche Hilfsangebote² sind nicht nur für erwachsene Angehörige, sondern auch für Kinder und Jugendliche aus suchtbetroffenen Familien wichtig. Einige Kinder blühen wie die Mädels in unserer Alateen-Gruppe auf, wenn sie merken, »wir sind nicht allein«, und andere haben – wie auch einige von uns – tiefere psychische Verletzungen davongetragen und konsumieren vielleicht auch selbst Alkohol oder illegale Drogen. Da ist Hilfe nicht nur durch Selbsthilfe, sondern auch durch Suchtberatungsstellen oder durch Therapeuten und weiteres geschultes Personal wichtig, damit Selbsthilfe sich nicht ›übernimmt‹, professionelle Unterstützung nicht ausbleibt und sich das Leiden potentiell über Jahrzehnte fort schreibt:

»Ganz wichtig ist, dass die Jugendlichen früh Hilfe bekommen, weil die haben ihr Leben ja noch vor sich. Und wenn die mit sechs, zwölf oder vierzehn Hilfe bekommen, dann brauche ich gewisse Leidenszeiten nicht haben. Die haben sich das nicht ausgesucht, die sind in die Familie reingeboren und da ist es wichtig, dass sie früh Hilfe kriegen. Damit sie nicht erst dann im Erwachsenenalter, wenn nichts mehr geht und auch wieder diese Strukturen durchkommen, wenn sie dann erst Hilfe bekommen, oder Therapie« (Tanja, AnNet-Gruppe Peine beim Studierendenaustausch).*

Um der Vielfalt der Bedürfnisse gerecht zu werden, haben wir neben dem Lukas-Werk daher die Peiner Beratungsstelle arCus, die junge Menschen niederschwellig bei der Förderung ihrer psychischen Gesundheit unterstützt, ins Dream Team eingeladen.

Gleichzeitig wussten wir u. a. auch aus Julias Befragung¹⁷ und der EuLe-Initiative, dass es für Angehörige (also beispielsweise junge Menschen, aber auch deren Eltern) anfänglich oft schwer sein kann herauszufinden, welcher Ansprechpartner vor Ort der richtige sein könnte, wenn es darum geht, Kinder und Jugendliche aus einer suchtkranken Familie zu unterstützen. Initiativen wie das Lokale Bündnis für Familie in Peine und die Koordinationsstelle der lokalen Selbsthilfe – die KISS Peine – leisten hier wichtige Lotsenarbeit und haben jahrelange Erfahrung und eine gute Übersicht über bestehende Hilfsangebote. Auch sie luden wir als weitere Mitglieder zu uns ins Dream Team ein.

** Name und Beitrag wurden anonymisiert.*



Lokales Bündnis für Familie im Landkreis Peine
Marlene Dörrstock und Madlen Kestner

Kinder aus suchtbelasteten Familien stützen häufig ihre Eltern und übernehmen Aufgaben der Erwachsenen. Wir wünschen uns mehr Mut und Sensibilität z. B. von Bezugspersonen, diesen Kindern Orte und Angebote vorzuhalten, wo sie Kind sein dürfen und unbeschwert Lebensfreude entwickeln können.

DER WEG ZUM DREAM TEAM-FLYER: PLANEN, UMSETZEN, STUDIEREN, HANDELN

Von den Mitgliedern des Dream Teams wurde gemeinsam ein Flyer »Dream Team Peine« entworfen, um noch mehr junge Menschen auf die Angebote in und um Peine aufmerksam zu machen. Um sicherzustellen, dass der Flyer auch wirklich den Bedürfnissen der jungen Menschen entspricht, sind wir nach vier Schritten vorgegangen. Diese Vorgehensweise nennt man auch PDSA (Plan – Do – Study – Act) -Verfahren nach Shewhart und Deming¹⁸. Das Verfahren kommt z. B. bei der Gestaltung von Veränderungen in Gesundheitseinrichtungen und Netzwerken zum Einsatz:

1

Planen – Zielgruppe und Inhalt (Plan): Bei einem ersten Dream Team-Treffen haben wir unsere Erfahrungen als angehörige Kinder und Eltern, Praktiker aus Sucht- und Jugendhilfe und der Forschung zusammengetragen und auf Grundlage der Zielgruppen unserer verschiedenen Angebote festgelegt, dass sich der Flyer an junge Menschen im Alter von elf bis 25 Jahren richten soll. In unsere Dream Team->Zielgruppe haben wir damit auch explizit die Jugendlichen (und nicht »nur« die Kinder) aus betroffenen Familien mit einbezogen. Die Einbeziehung der jungen Erwachsenen war zuletzt nur aufgrund der in Peine bereits vorhandenen Angebote möglich, machte uns aber dennoch ganz besonders froh, da vor allem junge, erwachsene Angehörige in der Praxis und auch in der Forschung oft noch in den Hintergrund geraten⁶ und manchmal auch selbst Probleme mit dem eigenen Alkohol- oder Drogenkonsum haben. Frau Breford-Argenton bietet daher mit ihrem Team extra eine Cannabis-Gruppe für Jugendliche an. Als Ziel des Flyers haben wir uns **(1)** Entstigmatisierung durch Öffentlichkeit und Finden einer jugendgerechten Sprache, **(2)** Sensibilisierung von Multiplikatoreinrichtungen für das Thema »Sucht, Jugendliche und Familien« **(3)** und die Vernetzung von Jugendlichen, ihren Familien und Hilfsangeboten formuliert.

Für die Gestaltung einer solchen Vernetzung wurden von uns weitere Erkenntnisse aus der Forschung, u. a. aus Jessicas Befragung der »erwachsenen Kinder«¹ mit einbezogen, die hervorhob: »Hilfe muss kontinuierlich und erreichbar sein, wie eine dauerhaft verlässliche Person«. Sichergestellt wurde daher nicht nur, dass alle im Flyer aufgeführten Unterstützungsangebote wie z. B. die Alateen-Gruppe regelmäßig stattfinden (vgl. »Begleitung statt Leitung« im Diskussionsteil), sondern es wurde für jedes Unterstützungsangebot auch eine eigene Emailadresse bzw. Telefonnummer mit aufgenommen, unter der eine erfahrene Ansprechperson erreichbar ist.

2

Umsetzen (Do): Ein Vorentwurf des Flyers wurde im Schneeballverfahren von den Dream Team-Gruppenmitgliedern zusammengestellt und Testexemplare für die weitere Diskussion in der Gruppe gedruckt.



Feedback

3

Studieren – Feedback von den Jugendlichen einholen (Study): Nachdem ein erster Entwurf für unseren Flyer vorlag, wurden die Jugendlichen der Alateen- und Arcus-Gruppe und erwachsene Kinder aus der AnNet-Gruppe um Feedback zu folgenden Punkten gebeten: **(1)** Jugendgerechte Sprache, **(2)** Klarheit der Kommunikation unseres Anliegens, **(3)** Übersichtlichkeit der Darstellung der bestehenden Angebote, **(4)** entsprechen Gestaltung und Angebote den Bedürfnissen der jungen Menschen? Nach Rücksprache mit den Jugendlichen haben wir u. a. die Logos und Schriftformate der einzelnen Angebote, wie die Jugendlichen sie beispielsweise bereits von anderen Flyern kennen, auch in unserem Flyer beibehalten, damit der lokale Wiedererkennungswert nicht verloren geht. Auch wurden die Texte aller Angebote gekürzt, teilweise durch Aufzählungszeichen strukturiert oder durch Bilder ersetzt. Von den Jugendlichen lernten wir: Weniger Text ist mehr!

4

Handeln (Act): Aus der Befragung von Angehörigen² zu ihren Unterstützungsnetzwerken wissen wir: Schulen, Jugendämter, Selbsthilfe, Kinderärzte, Hausärzte, aber auch Familienberatungsstellen und Sportvereine sind wichtige Anlaufstellen für Kinder und Eltern, wenn Kinder aus einer suchtkranken Familie sich zurückziehen, selbst konsumieren, physisch oder psychisch krank werden. All dies sind wichtige Schnittstellen, mit denen wir uns austauschen und die wir als Multiplikatoren in unser Netzwerk zukünftig mit einbinden wollen.



DER FERTIGE DREAM TEAM-FLYER:



Ein ansprechendes Deckblatt

Gemeinsam für junge Menschen
und Familien



DREAM TEAM PEINE

arCus Peine und KISS Peine: Mit Selbstvertrauen geht alles besser

Bist du zwischen 18 und 25 Jahren alt und hast das Gefühl, dass mehr in dir steckt, als es sich für dich momentan anfühlt?

Gemeinsam wollen wir für die Motivation sorgen, einen Anlauf zu wagen, der dich in deiner Persönlichkeit festigt und stark macht in allen Lebenslagen.

WAS STEHT AUF DEM PROGRAMM?

- Übungen zum Selbstvertrauen
- Übungen gegen Panik und Angstattacken
- Entspannungsübungen
- Film, Fotografie
- Darstellendes Spiel und Kunst
- Rausgehen in die Natur
- und in die Stadt
- Gesprächsformen und Blitzlicht

UNSER GEMEINSAMES ZIEL:

Die Stärkung von...

- Selbstvertrauen
- Motivation
- Persönlichkeitsentwicklung
- Sozialer Kompetenz
- Werten und Haltung
- Problemlösungsfähigkeit
- Vertrauen
- Kommunikationsfähigkeit
- Kooperationsfähigkeit
- Freude



Hast du das Gefühl, dass

- zurzeit alles ein bisschen viel ist?
- Schule, Ausbildung und Alltag total stressig sind?
- du mit Eltern oder Lehrern ewig Ärger hast?
- du keinem etwas recht machen kannst?
- du zu viel kiffst, trinkst oder oft Geld verspielt?

Lukas-Werk Fachambulanz

Wenn du das Gefühl hast, in deiner Familie läuft es nicht ganz rund, weil jemand viel Alkohol konsumiert, oft Tabletten nimmt oder vielleicht Geld in der Spielhalle verspielt, dann sind wir für dich da.

Wenn du meinst, dass du selbst zur Zeit zu viel Alkohol trinkst, regelmäßig kiffst oder zu viel Zeit am Computer oder in einer Spielhalle verbringst, kannst du dich INFORMIEREN und BERATEN lassen! KOSTENLOS und VERTRAULICH!

Die Dream Team Partner



DREAM TEAM PEINE



ist entstanden aus einer
Initiative der AnNet Gruppe
Peine

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Dream Team Peine ist eine
Kooperation von:

arCus



DREAM TEAM PEINE

Alkohol, Spielen, Medikamente und Drogen
betreffen mehr Familien, als so mancher denkt.

Dream Team ist ein Zusammenschluss von
kostenlosen Anlaufstellen für junge Peiner aus
betroffenen Familien:

Alle sind willkommen - niemand ist allein!

Alateen

Andrea

teen-meeting@gmx.de

Mittwochs 14. täglich an geraden Kalenderwochen

19:30 - 21:30 Uhr

Bahnhofstraße 8

arCus Peine und KISS Peine
Mit Selbstvertrauen geht alles besser

KISS Peine
Detlev Wallasch
Bodenstedtstr. 11
31224 Peine

Herr Reisewitz
05171 591250
takt@arcus-peine.de
Mittwochs 14. täglich -
Beginn 18.00 Uhr

Lukas-Werk Fachambulanz

fa-peine@lukas-werk.de
05171 5081-20

Bahnhofstraße 8

Montag - Donnerstag

• 09.00 - 12.30 Uhr

• 13.00 - 16.30 Uhr

Freitag: 09.00 - 14.00 Uhr

»Weniger Text ist Mehr«

Angebote für junge Menschen in der Übersicht

VERNETZTE UNTERSTÜTZUNG FÜR JUNGE MENSCHEN AUS SUCHTBETROFFENEN FAMILIE - UNSERE EMPFEHLUNGEN

AN

Angehörige

SH

Selbsthilfe

Eigene Haltungen überdenken – auch in der Selbsthilfe:

Negative Erfahrungen mit professionellen Helfern in der Suchthilfe kommen vor. Ebenso wie gelingende Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Selbsthilfe sind auch negative Erlebnisse unserer Erfahrung nach häufig personengebunden. Problematisch für Angehörige und auch Suchthilfeeinrichtungen kann es sein, wenn sich die negativen Erfahrungen und Arbeitshaltungen einzelner Angehöriger oder Mitarbeiter auf die Haltungen ganzer Selbsthilfegruppen oder Einrichtungen übertragen und gelingende Zusammenarbeit – wie es sie nämlich vielerorts auch gibt – blockieren. Auch wir haben viel Positives in der Suchthilfe erlebt, z. B., dass Selbst- und Suchthilfe bei Dream Team und EuLe auf Augenhöhe zusammenarbeiten, Angehörigengruppen von Betroffenen und Professionellen gemeinsam geleitet werden, Angebote für Angehörige von Einrichtungen durch einen hohen persönlichen Einsatz und ohne gesicherte finanzielle Unterstützung geschaffen werden und professionelle Helfer sich (wie z. B. beim Treffen mit Frau Breford-Argenton, im Dream Team, bei der AnNet-Zukunftswerkstatt, dem Abstinenz (er)leben-Tag, oder dem Austausch mit der LWL Klinik) mit Angehörigen austauschen und voneinander lernen wollen. Hier ist es für Angehörige wichtig, nicht nur Anerkennung von den professionellen Helfern zu fordern, sondern auch die Bereitschaft zu zeigen, die Leistung der Helfer anzuerkennen. Ängste und Vorbehalte können nicht nur im Leben Angehöriger, sondern auch in der Zusammenarbeit von Sucht- und Selbsthilfe viele positive Entwicklungen blockieren. Offenheit und die Bereitschaft, voneinander zu lernen und vielleicht auch Vorurteile zu überdenken, wie auch die Möglichkeit, von anderen Orten, an denen die Zusammenarbeit bereits gut funktioniert, zu lernen, können helfen, die Unterstützung für Angehörige und Familien noch weiter zu verbessern.

SH

AN

Schuld und Schamgefühle können uns Angehörige lähmen, Hilfe für uns oder die Kinder in Anspruch zu nehmen:

Hör auf, die Schuld für die Suchterkrankung bei Dir zu suchen. Bei der Krankheit eines anderen wirst Du die Schuld bei Dir allein nicht finden. Wir brauchen Zeit, um uns zu öffnen, uns mitzuteilen, uns zu verändern. Angehörige müssen sich diese Zeit nehmen und es muss ihnen möglich gemacht werden, sie sich zu nehmen. Es dauert länger als ein bis zwei Treffen oder Termine in der Selbsthilfegruppe oder Beratungsstelle, um sich selbst wieder wahrnehmen zu können und seinen verklärten Blick zu lichten. Jeder geht andere Wege, um sich selbst wieder wahrnehmen zu können. So mancher von uns hat die Telefonnummer oder den Flyer für ein Hilfsangebot lange mit sich rumgetragen, bevor er den ersten Schritt und die Kontaktaufnahme gewagt hat. Das ist ok so, jeder braucht seine eigene Zeit.

AN

Als Eltern sind wir für Kinder der Schlüssel zu Hilfe:

Hilfe von außen kann Kindern und auch uns als Eltern helfen, dass es in der Familie gemeinsam wieder besser läuft. Als Eltern sind wir für Kinder häufig der Schlüssel zur Hilfe, indem wir unser Einverständnis geben, sie beispielsweise zu Treffen zu fahren, mit ihnen zusammen schauen, welcher Ansprechpartner der richtige ist, oder auch zusammen mit ihnen ein Hilfsangebot, wie z.B. eine AI-Anon- oder AA-Gruppe für die Eltern und z.B. eine Alateen- oder/und Trampolin-Gruppe für die Kinder besuchen. Einige von uns haben gesehen, wie gut Hilfe unseren Kindern tat. Andere von uns haben Kinder, die nie oder erst sehr spät Hilfe bekommen haben und die heute manchmal leider noch immer unter den Folgen leiden. Diese Folgen können wir als Eltern nicht ungeschehen machen, aber wir bedauern sie heute noch zutiefst. Als Angehöriger hat man manchmal das Gefühl, ein Familiengeheimnis zu verraten, wenn man für die Kinder oder sich selbst Hilfe sucht. Dabei kann das Familiengeheimnis selbst sehr belastend sein und dies manchmal über mehrere Generationen.

AN

Als Eltern denken wir manchmal, unsere Kinder bekämen von dem Suchtproblem nichts mit:

Wenn Kinder sich lieber bei Freunden als zuhause aufhalten, könnte dies ein Indiz dafür sein, dass in der Familie etwas nicht stimmt oder die Kinder ein Problem haben. Als Eltern können wir Hilfe für die Kinder unbewusst verhindern, z. B., um den Schein zu wahren. Was bedeutet ›den Schein wahren‹ für ein Kind? Vielleicht wurde auch in Eurer Kindheit schon darauf geachtet, den Schein zu wahren? Wie war das für Euch? Vielleicht kann es Euch genauso wie einigen von uns einmal gehen, und Ihr gebt als Eltern Eure Geschichte und die Botschaften Eurer Kindheit (wie »darüber spricht man nicht«) unbewusst an Eure Kinder weiter. Kinder merken früh, wenn etwas in der Familie aus dem Lot geraten ist, auch, wenn es ihnen vielleicht noch an sprachlichen Möglichkeiten fehlt, um auszudrücken, was sie erleben.

AN

Alleinerziehend in einer Partnerschaft:

Als Eltern wollen wir für die Kinder das Beste und machen trotzdem Fehler – das ist menschlich. Trotzdem: Die Verantwortung liegt bei Euch und uns als Eltern, also trifft Entscheidungen und lasst nicht die Kinder sie für Euch treffen. Seid verlässlich für Eure Kinder – Versprechen sollten eingehalten und Transparenz geschaffen werden. Kinder sind keine Therapeuten. Sie brauchen verlässliche und konsequente Eltern, die nicht immer alles in Frage stellen oder bei ihren Kindern ›Rat‹ für den Umgang mit den Suchtkranken suchen. Sucht Euch Unterstützung durch Freunde, Familie, eine Selbsthilfegruppe oder professionelle Helfer, um Entscheidungen z. B. bei der Erziehung der Kinder treffen und diese auch konsequent durchziehen zu können, ohne Euch als ›Buh-Mann‹ zu fühlen.

AN

Angehörige

FA

Fachkräfte

AN

Hilfe als Stärke:

Suchtkranke Elternteile stehen für Erziehungsaufgaben und eine gegenseitige, partnerschaftliche ›Unterstützung‹ nicht immer zur Verfügung. Das haben einige von uns schmerzlich erlebt. Geholfen hat uns dann beispielsweise auch der Austausch mit einer Beraterin in der Familienberatungsstelle. Als Eltern müssen auch wir manchmal erst lernen, nach Hilfe zu fragen anstatt zu versuchen, alles allein zu managen. Aber nur, wenn wir nach Hilfe fragen, kann auch die Erfahrung gemacht werden, dass Hilfe verlässlich sein kann. Starke Fassaden können zum Gefängnis werden. Wenn wir gut genug spielen, dass es uns gut geht und in der Familie alles im Lot ist, wird uns keiner in unserer Einsamkeit und Not sehen, geschweige denn erreichen können. Wenn man allein verantwortlich ist, kann es dazu kommen, dass man der Zeit hinterher rennt. Sich Hilfe zu suchen und anzunehmen können fälschlicherweise oftmals mit Gefühlen von Scham und Niedergang verbunden sein. Dabei kann Hilfe so viel Positives für uns, unsere Kinder und unsere Familien bewirken und wir zeigen auch unseren Kindern durch unser eigenes Verhalten: Es ist ok, Hilfe einzufordern und anzunehmen.

FA

Anerkennung als Grundstein:

Um Ihnen zu vertrauen, uns von Ihnen helfen zu lassen oder mit Ihnen in Initiativen wie Dream Team zusammenzuarbeiten, ist es für uns wichtig, dass Sie unsere Erfahrungen ernst nehmen, uns glauben und anerkennen. Durch Schuldzuschreibungen und Vorurteile Salz in die Wunde zu streuen, verbessert die Umstände nicht: Sprechen Sie nicht so mit uns, wie es manchmal die Suchtkranken tun, wenn sie uns durch provozierende Schuldzuweisungen die Schuld an ihren Erkrankungen geben wollen. Angehörige gehören genauso wie die Sucht in den Aufmerksamkeitsfokus. Auch wir sind Spezialisten auf unserem Gebiet und als diese sollten wir auch wahrgenommen und wertgeschätzt werden. »Erfahrung ist mein Kapital und ich lebe von den Zinsen.« Erkennen Sie unseren Expertenstatus, aber auch unsere Leistungen an.

FA

Nebeneinander statt Gegeneinander:

Hilfebedarfe sind vielfältig. Denken Sie daran auch auf andere Hilfen aus Ihren Hilfenetzwerken weiter zu verweisen und Selbsthilfegruppen oder andere Unterstützungsangebote nicht als Konkurrenten wahrzunehmen. Für unterschiedliche Menschen braucht es unterschiedliche Hilfen. Ihre Hilfe wird gebraucht. Angehörige sollten dort abgeholt werden, wo sie stehen. Manche Angehörigen wünschen sich, dass sie Hilfe ›nur für sich‹ erfahren, andere wünschen sich mehr Informationen darüber, wie ein Süchtiger bzw. Sucht ›funktioniert‹. Dass ich von dem Süchtigen manipuliert werde(n kann), ist für Außenstehende vielleicht leicht zu sehen, aber das heißt nicht, dass auch ich das sehen kann.

EXKURS!

ANGEHÖRIGE UND GEWALT: MIAS GESCHICHTE*

Wir sitzen am Abendbrottisch und warten schon seit einer halben Stunde mit dem Essen auf Stefan, das Essen wird schon kalt. Als Stefan endlich kommt, frage ich ihn: »Wo warst du denn? Wir warten schon seit einer halben Stunde auf dich« (Das konnte ich mir dann doch nicht verkneifen). »Das geht dich doch nichts an!«, empört er sich und ich bemerke seine Fahne. »Kann es sein, dass du was getrunken hast?«, rutscht es mir raus. »Ich fahr doch nicht betrunken Auto, bist du blöd?!«, empört er sich weiter und stürmt aus der Küche hinaus Richtung Kellertreppe. Sofort bekomme ich ein schlechtes Gewissen, eigentlich will ich doch nur heile Familie haben, wie alle anderen auch. Ich habe mir so viel Mühe beim Kochen gegeben und mittlerweile ist alles kalt und keiner hat gegessen. Die Kinder schauen mich genervt an und ich fühle mich schuldig. Also mache ich das Essen noch mal für Stefan warm und bringe es ihm mit einem kleinen Nachtschüssel als Versöhnungszeichen in den Keller. Er tut mir leid, wie er dort wie ein Häufchen Elend vor seinem Computer sitzt. Dabei wandert mein Blick zu dem geöffneten Bier in seiner Hand. Stefan sieht mich, folgt meinem Blick zum Bier in seiner Hand und explodiert: »Musst du mich schon wieder kontrollieren? Du bist echt krank! Hast du was getrunken«, äfft er mich nach und schnaubt »und da wundert sich noch einer, warum man trinkt – anders hält man es doch mit einer wie dir nicht aus. Nie hat man seine Ruhe vor dir«, brüllt er und stürmt an mir vorbei die Kellertreppe hinauf. Während ich noch geschockt von

diesem Ausbruch im Keller stehe, höre ich, wie oben die Haustür ins Schloss fällt.

In der Nacht bleibt Stefan verschwunden, auch ans Handy geht er nicht. »Oh Gott, ist ihm etwas passiert? Was sage ich den Kindern? Was werden die Nachbarn sagen? Was soll ich bloß dem Arbeitgeber erzählen, wenn er das ganze Wochenende wegbleibt? Wieso meldet er sich nicht? Was habe ich dieses Mal falsch gemacht? Hätte ich doch gesagt, er soll bleiben«, sind meine Gedanken. Die Nacht ist die Hölle. Am nächsten Morgen steht Stefan plötzlich wieder da. Mit einem riesigen Strauß Blumen, die Sonne scheint auf den gedeckten Frühstückstisch, Stefan frisch geduscht. Als wäre nichts gewesen. Als wäre alles nur ein Alptraum. Über die letzte Nacht spricht Stefan kein Wort. Ich bin so dankbar, dass ihm nichts passiert und er wieder da ist und behalte meine Gedanken für mich. Am Nachmittag gehen wir gemeinsam zum Fußballspiel unseres Sohnes. So sollte es immer sein, ich werde mir ab jetzt noch mehr Mühe geben, beschließe ich. Doch plötzlich steht Stefan nicht mehr neben mir am Spielfeld, ich drehe mich um und sehe ihn beim Getränkewagen mit anderen Vätern »einen trinken«. Und alle Hoffnung verpuffte wieder. Ich bin traurig und wütend zugleich. Ich hätte schreien und weinen können, beherrsche mich aber, um mir die Blöße nicht zu geben.

In der Selbsthilfegruppe für Angehörige gibt es auch »offene Treffen«, an denen Suchtkranke und Angehö-

* Der Name wurde geändert und die Geschichte anonymisiert

rige gemeinsam teilnehmen. Von den Suchtkranken erfahre ich: »Stefan trinkt nicht gegen oder wegen uns, sondern weil er eine Krankheit hat.« Das hilft mir, mich nicht so schuldig zu fühlen und auch Stefan ein wenig zu verstehen und Mitgefühl zu haben. Aber auch das Mitgefühl für meine Kinder und mich selbst darf nicht zu kurz kommen – das heben die Erfahrungen der anderen Angehörigen und auch der erwachsenen Kinder in der Gruppe hervor. Kinder leiden oft still unter der Situation zuhause, berichten sie, und für mich als Mutter ist es wichtig, Grenzen zu ziehen, die mich und die Kinder vor den Auswirkungen der Sucht schützen. Die erste Grenze, die ich ziehen möchte ist die, dass Stefan keinen Alkohol mehr bei uns im Haus trinkt. Doch es ist auch sein Haus, sagt er zu mir und wir einigen uns darauf, dass er nicht mehr als zwei Bier pro Tag trinkt – wie andere Männer auch, betont er. In den nächsten Wochen merke ich, wie Stefan sich Mühe gibt, Zeit mit der Familie zu verbringen und weniger zu trinken. Aber ich traue dem Frieden nicht, bin angespannt und kann die Idylle nicht genießen. Als ich unter dem Autositz eine leere Bierflasche finde und es noch in der Garage zum Streit kommt, schlägt Stefan mit der Faust ein Loch in die Holztür zum Schuppen. Aus Wut über meine Schnüffelei, wie er mir erklärt, während er immer wieder beteuert, dass dies nie wieder vorkäme, wenn wir beide an unserer Beziehung arbeiteten. Ich möchte ihm so gerne glauben und beruhige mich, dass es ja nur die Tür war und Stefan uns niemals körperlich etwas tun würde.

In den weiteren Wochen liegt eine unterschwellige Wut in unserem Haus in der Luft, die einem fast die Luft zum Atmen nimmt. Einmal beobachte ich entsetzt, wie Stefan unsere Katze von seinem Platz auf dem Sofa aufgreift und unsanft mitten ins Wohnzimmer wirft, während er lacht: »Jeder muss in meinem Haus seinen Platz kennen.« So kenne ich Stefan nicht. Reflexartig möchte ich Stefan zurechtweisen, dass man doch so nicht mit einem Tier umgehen kann, aber dann überlege ich es mir anders und halte den Mund – vielleicht bin ich einfach wieder zu sensibel und für einen weiteren Streit, fehlt mir irgendwie auch die Energie. Stattdessen achte ich darauf, dass die Katze nicht auf dem Sofa liegt, wenn Stefan nach Hause kommt.

Als Stefan betriebsbedingt seine Arbeit verliert und ich ihn weinend und verzweifelt bei uns am Küchentisch sitzen sehe, sehe ich wieder den jungen, sensiblen und so intelligenten Mann in ihm, den ich vor über 20 Jahren kennengelernt und geheiratet habe. Er wirkt nicht mehr wütend und bedrohlich, sondern klein und verletzlich. Ich gebe zu, ich habe an Trennung gedacht, aber so kann ich ihn doch nicht alleine lassen. Wenn wir nun beide an einem Strang ziehen, dann wird vielleicht wieder alles gut.

Reflektionen von Claudia Chodzinski – Traumatherapeutin

Die Situation ist für Mia, aber auch für Stefan, keine einfache und beim Lesen springt das Thema »Trauma« einem nur so entgegen: Mia und auch die Kinder und



Claudia Chodzinski

Mein Weg in das psychosoziale Arbeitsfeld begann 1985, zunächst als Krankenschwester in der Psychiatrie. Auf diese Tätigkeit schaue ich dankbar zurück, denn sie hat mich durch sehr viele Begegnungen, mit den unterschiedlichsten Menschen sehr viel gelehrt. Während meiner Berufstätigkeit in der MHH absolvierte ich mein Studium zur Diplom Sozialarbeiterin, Diplom Sozialpädagogin und die Qualifizierung Psychotraumatologie Beratung und Pädagogik beim Zentrum für Psychotraumatologie Niedersachsen (ZPTN).

Die Jahre in der Medizinischen Hochschule Hannover prägten meine Sozialpsychiatrische Grundhaltung. Meine Interessenschwerpunkte liegen im Bereich der sogenannten "frühen Persönlichkeitsstörungen": Bindungs- und Traumafolgestörungen, Abhängigkeitserkrankungen und in begleitenden wissenschaftlichen Aktivitäten. Insgesamt arbeite ich seit dem Jahr 2000 konstant im Bereich Traumafolgestörungen mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne zusätzlichen Beeinträchtigungen.

sogar die Katze erleben einige sehr schwierige und emotional betroffen machende Situationen und auch Stefan scheint in seinem früheren und aktuellen Leben vor einigen einschneidenden Herausforderungen zu stehen.

Die Beziehung der beiden ist zugleich auch durch Manipulation und Instrumentalisierungen auf beiden Seiten geprägt: Stefan schiebt z. B. die Schuld für sein Trinken auf Mias Verhalten und Mia versucht durch ›Verhandeln‹ (»nur zwei Bier«) den Familienfrieden aufrechtzuerhalten. Oft beobachtet man, dass in Familien, die von einer Suchtmittelabhängigkeit betroffen sind, das Suchtmittel nicht der einzige ›Suchtstoff‹ ist. Auch Mia und Stefan ›halten‹ trotz der Aufs und Abs in der Beziehung aneinander fest. Das ›System‹ bzw. der Kreislauf von Streit und Eskalation, anschließender Liebe, Versöhnung und Zuneigung sowie erneutem Spannungsaufbau erhält sich aufrecht und ist immer wieder auch von der Erinnerung an die gemeinsame Vergangenheit geprägt – so beschreibt es uns zumindest Mia.

Könnten Stefan und Mia von einer Paartherapie profitieren? Vielleicht. Denn hier gäbe es dann eine Mittlerin, die den beiden vielleicht helfen könnte, wieder ins Gespräch zu kommen, neue Muster zu entwickeln und aus dem ›alten Kreislauf‹ auszubrechen. Was aber dennoch nicht unterschätzt werden darf ist, dass Angst, Sucht und Depression oder auch co-abhängiges Verhalten häufig auch ein Symptom von Traumata und

hier insbesondere auch im Bereich der Bindungstraumata sein können. Das gilt sowohl für die Angehörigen als auch für die Suchtkranken, d. h. es ist bestimmt gut, aber vielleicht nicht immer ausreichend, die Ängste oder Depressionen der betroffenen Angehörigen oder Suchtkranken, aber nicht die darunterliegenden Traumata anzusprechen. Denn dann schafft man manchmal schnelle, verhaltenstherapeutische Lösungen, ohne das volle und vielleicht auch sinnvolle Angebot an Unterstützungsmöglichkeiten auszuschöpfen, indem man zwar an den Verhaltens- und Denkmustern arbeitet, aber die Erlebnisse und Biografien in den Hintergrund gerät.

In der Traumaarbeit sind das Verstehen und Sprechen über erfahrene Gewalterlebnisse und auch das eigene Leben häufig ein ganz wichtiger Prozess, um zu ›verstehen‹ und die erlebte Gewalt in die eigene Lebensgeschichte einordnen zu können. Und mit **Gewalt** meine ich nicht nur Erlebnisse wie Unfälle oder körperliche Gewalt, sondern auch seelische Gewalt wie Manipulation oder wenn man hilflos mit ansehen muss, wie jemand anderem (vielleicht auch einem Tier) Gewalt zugefügt wird. Solche Gewalterlebnisse können sich über einen längeren (manchmal jahrelangen) Zeitraum hinziehen und dann spricht man auch von Komplextraumatisierungen. In der Traumaarbeit ist es wichtig, solche Gewalterlebnisse in einen Kontext, wie z. B. den der Dynamik in der Paarbeziehung von Mia und Stefan, einzuordnen. Wichtig könnte dabei

Als Fallsupervisorin und im Fort- und Weiterbildungssektor für psychosoziale Berufsgruppen, Pädagogen, Pflegekräfte, Polizei und diversen anderen Zielgruppen arbeite ich ebenfalls. Ein weiterer Schwerpunkt meiner Arbeit liegt im Bereich der Angehörigenarbeit, insbesondere auch die Arbeit mit Kindern von Betroffenen. Ich arbeite mit 30 Wochenstunden im Frauennotruf Hannover e.V., sowie auch freiberuflich zu verschiedenen Schwerpunkten.

beispielsweise auch das weitere soziale **Umfeld** von Mia sein wie die Freunde beim Fußballspiel, die mit Stefan ›einen trinken‹ und dabei vielleicht gar nicht ahnen, in was für einen Gefühlszustand sie damit Mia versetzen. In ihrer Selbsthilfegruppe erlebt Mia, dass viele der Dinge, die sie mit Stefan erlebt, ›normal‹ in einer Beziehung mit einer Suchtproblematik sein können. Auch in der Traumaarbeit ›erzeugen‹ wir ähnlich wie die Selbsthilfegruppe Normalitäten, indem wir die Betroffenen wieder mit ins Boot holen und mit ihnen die eigenen Scham- und Schuldgefühle – wie sie auch Mia erlebt, als sie Stefan das Essen in den Keller bringt – reflektieren.

Wichtig anzumerken ist aber, dass man in der Beziehung von Stefan und Mia eine deutliche Zunahme der Gewalt beobachten kann. Auch wenn Mia ›noch‹ keine körperliche Gewalt von Stefan erfahren hat, sollte sie Anzeichen wie das Loch in der Holztür oder auch die Behandlung der Katze ernst nehmen. Frauennotrufe und Frauenhäuser, aber auch das **bundesweite Telefon** gegen Gewalt können Mia und anderen Betroffenen anonym helfen, sich und die Kinder vor Angriffen auf die seelische und körperliche Unversehrtheit zu schützen. Dass Beziehungen immer ein System mit einer eigenen Dynamik sind, stimmt, aber das heißt nicht, dass Mia durch ihr Verhalten ›Schuld‹ an der erfahrenen Gewalt ist. Darüber hat sie keine Kontrolle.

Kommentar der Gruppe: Gewalt kann vom Umfeld fortgeschrieben werden, z. B. wenn die ganze Straße, oder Familie etc. Bescheid weiß und schweigt, oder unsere Wahrnehmung mit Kommentaren wie »das war bestimmt keine Absicht« oder Fragen »was hast Du denn getan, dass er so gehandelt hat« abspricht und so versucht, die »Schuld« für die erfahrene Gewalt an uns zu geben.

Kommentar der Gruppe: Diesen Punkt finden wir sehr wichtig, denn vielen von uns war nicht klar, dass Gewalt nicht nur physische Schläge, sondern z. B. auch die Unberechenbarkeit, Ablehnung, Gleichgültigkeit und die Manipulation durch die Betroffenen sein kann. Auswirkungen von Gewalt sind demnach nicht nur blaue Flecken sondern auch Angst, Hilflosigkeit und Unsicherheit. Manchmal lassen Gewalterlebnisse Erinnerungen zurück, die wir verdrängen und die irgendwann später wieder unvermittelt ›aufpoppen‹.

Kommentar der Gruppe:
www.hilfetelefon.de/08000 116 016

FA

Wissen teilen – Zusammenarbeit mit dem weiteren Hilfesystem

Die Unterstützungsbedarfe Angehöriger sind vielfältig und gehen – wie das Dream Team und der folgende Abschnitt zeigen – über Selbst- und Suchthilfe hinaus: Ausbleibende Unterhaltszahlungen, Arbeitslosigkeit und drohende Beschäftigungsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit bringen uns mit Familiengerichten, Jobcentern, Pflegestützpunkten, Krankenhäusern, Arbeitgebern und / oder Renten- und Krankenversicherungen in Kontakt. Hilfebereiche, die wertvolle Unterstützung leisten, aber auf die Angehörigenthematik nicht immer vorbereitet und damit auch manchmal überfordert sind. Aus einer solchen ›Unwissenheit‹ heraus können professionelle Hilfen uns Angehörige stigmatisieren. Z. B. ist man bei Unterhaltszahlungen abhängig von der Person, von der man unabhängig sein will. Bei Inanspruchnahme von Hilfen wie Arbeitslosengeld II müssen sehr viele private und mit Scham behaftete Informationen von uns preisgegeben werden, ist doch die Scham bei einigen groß, ›Amtsalmosen‹ annehmen zu müssen. Zusätzlich zu dieser Scham kommt diejenige, Angehöriger eines Suchterkrankten zu sein. »Wie tief muss ich sinken, welche Prinzipien muss ich noch aufgeben?« haben sich einige von uns gefragt, wenn sich die Achterbahn, auf der viele Angehörige leben, mal wieder auf einer unendlichen Talfahrt zu befinden schien. Was glauben Sie, wie viel Kraft auf einer solchen Talfahrt für Gänge zum Jobcenter, dem Scheidungsanwalt, die Beantragung einer Kur oder Einforderung von Unterhaltszahlungen noch übrig ist? Wir brauchen Kraftgeber und ›Tankstellen‹, um Hilfe für uns einzufordern. Der Austausch mit einem Partner fehlt durch die Suchterkrankung für uns häufig und damit auch Hilfe und Rückendeckung. Die Folgen sind, dass man sich ›allein‹, hilflos und auch kraftlos fühlt. Schlimm ist auch, wenn man darüber nachdenkt, wie Menschen im Umfeld über einen denken. Anonyme und unbürokratische Hilfsangebote gerade auch in akuten Krisenfällen wie bei Gewalt können Angehörigen helfen, im Alltag handlungsfähig zu bleiben und sicherstellen, dass der steinige Weg zur Hilfe nicht dazu führt, dass Hilfe nicht in Anspruch genommen wird.

K_T

Kostenträger

FA

Fachkräfte

Kommentar der Gruppe: Gerade rund um das Thema »Unterhaltszahlungen« erleben wir eine Menge Gewalt, da hier Partner oder Kinder, die sich eigentlich von ihrem Partner oder Eltern distanzieren wollen über das bestehende Recht in den Kontakt gezwungen werden, wenn sie z. B. Unterhalt zahlen müssen, oder auf die Unterhaltszahlungen angewiesen sind.

K_T

Unbürokratische Hilfe:

Wo ist die kontinuierliche finanzielle Unterstützung von Hilfsangeboten für Kinder aus suchtkranken Familien? Wir wünschen uns kurzfristige und unbürokratische Hilfen (z. B. bei ausbleibenden Unterhaltszahlungen). Finanzielle Abhängigkeit eines Partners vom jeweils anderen Alleinverdiener kann Veränderung verhindern. Eine Hilfe dabei wäre der geplante Unterhaltsvorschuss bis 18 Jahre.

FA

Ihr Wissen ist viel wert:

Niedrigschwellige, öffentliche Hilfsangebote und lokale Netzwerke sind bei Ihrer Arbeit mit Angehörigen wichtig. Der Forschungsstand zu Angehörigen von Suchterkrankten mag noch gering sein, aber als ›Praktiker‹ bekommen Sie die Situation Angehöriger hautnah mit, Sie helfen uns und wissen dadurch, wie es vielen Angehörigen geht. Dieses ›Wissen‹ ist für uns sehr wertvoll, nicht nur wenn es darum geht, uns dabei zu unterstützen, im Alltag handlungsfähig zu bleiben. Mit Ihrem Fachwissen und Ihrer Erfahrung können Sie ›Sprachrohr‹ für Familien sein, sie mit weiteren Unterstützungsangeboten vernetzen und andere Helfer (z.B. in den Jugend- und Sozialämtern, in den Krankenhäusern und Hausarztpraxen), aber auch bei den Kostenträgern für die Situation und die Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen sensibilisieren.

K_T

Hilfe für die gesamte Familie:

Während einer Hilfe, beispielsweise einer Kur, ist es wichtig, dass sich auch zu Hause etwas verändert, ansonsten kommt es nur zur Rückkehr in alte Muster. Es muss die ganze Familie gesehen werden, denn über diese läuft der Weg. In der Suchthilfe stehen die Suchtkranken im Mittelpunkt, aber alle brauchen Hilfe. Familien, die den Weg in ein suchtfreies Leben gemeinsam gehen möchten, sollten durch den Hilfsprozess nicht ›auseinandergerissen‹ werden. Mehr ›gemeinsame Hilfen‹ für Suchtkranke und deren Kinder (vgl. ›Suchtbetroffenen Familien mit Kindern gemeinsam helfen‹) und Suchtkranke und Angehörige (vgl. ›Neue Hilfsangebote für Angehörige‹) könnten vielen Familien helfen, aber wie vielen Kindern und Familien bleibt der Weg aufgrund von fehlender finanzieller Förderung versperrt?

AN

Angehörige

KI

Kinder

Po

Politik

Po

Öffentlichkeit herstellen:

Es muss mehr zur Thematik »Angehörige Suchterkrankter« öffentlich gemacht werden, sodass mehr und verbreitet über das Thema, aber auch mit den Angehörigen selbst gesprochen wird. Nur durch Öffentlichkeit können Scham abgebaut und somit Angehörige in allen Altersklassen erreicht werden.

Po

Politik lebensnah gestalten – Auch Politiker sind manchmal Angehörige:

Der Blick nach England^{19,20} zeigt, wie wichtig nachhaltig wirksame Politik im Sinne der Kinder aus suchtkranken Familien ist. Auch in der deutschen Politik stehen noch viele Änderungen an, die Mut brauchen. Wir haben in unserem Projekt Mut bewiesen, unsere Lebenserfahrungen im Radio²¹ mit Angehörigen aus ganz Deutschland geteilt, unsere Arbeit und Forschungsergebnisse beim Deutschen Suchtkongress in Berlin, bei der Jahrestagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen öffentlich präsentiert und im Bundesdrogen- und Suchtbericht^{10,16,22} vorgestellt und Initiativen wie Dream Team entwickelt. Erfahrungswissen Angehöriger kann helfen, Angebote zu entwickeln, die tatsächlich den Bedürfnissen der Familie entsprechen. Politiker, die selbst angehörig sind, verfügen – wie der Fall aus Großbritannien zeigt – über einen vielleicht noch wenig beachteten, aber wertvollen und wichtigen Erfahrungsschatz, der dazu beitragen könnte, Hilfen und Entscheidungsprozesse noch lebensnaher zu gestalten. Daher wollen wir deutsche Politiker, die selbst Angehörige sind, dazu ermutigen, eigene Betroffenheit zu zeigen und durch die Einbeziehung ihrer Erfahrungen als Angehörige, Veränderungen zu erwirken. Denn auch, wenn nur wenige Menschen sich am Anfang zusammen auf einen Weg machen – so haben wir die Erfahrung gemacht – treffen sie auf dem weiteren Weg häufig weitere Gleichgesinnte und haben die Möglichkeit, gemeinsam viel zu bewirken.

KINDERN NOCH BESSER HELFEN:**ERFAHRUNGEN ERWACHSENER KINDER AUS DEM ANNET-PROJEKT**

KI

Wie Kinder Alateen erleben:

Gleichgesinnte zu treffen, macht es leichter. Ich bin nicht allein und es gibt Menschen, die mir glauben. Ich kann über meine Gedanken und Erfahrungen reden. Andere nehmen meine Situation ernst und verstehen mich und auch ich kann anderen mit meinen Erfahrungen helfen. Außerdem lerne ich: Sucht ist eine Krankheit, ich darf mich abgrenzen und trotzdem meine Eltern lieben und ich bin nicht schuld.

AN

Hilfe ersetzt nicht die Familie:

Als Eltern habt Ihr vielleicht Angst, dass Eure Kinder Euch in einem anderen Licht sehen, sobald sie Hilfe von außen bekommen oder z. B. ihren Freunden aus der Gruppe, Pädagogen oder Therapeuten näherstehen als Euch. Einigen von uns hat Hilfe von außen dabei geholfen, wieder ein besseres Verhältnis zu unseren Eltern und Familien aufzubauen. Oftmals wollten wir z. B. die Eltern mit unseren Gefühlen und Ängsten nicht belasten, rangen dann aber doch mit unseren Gefühlen, probierten sie zu verdrängen, und wenn sie dann doch zum Vorschein kamen, gab es oft Streit. In einer Gruppe findet man oftmals Leute im gleichen Alter, die Ähnliches erleben und einem durch ihre Erfahrungen helfen, sich selbst und auch die Familie sowie die Krankheit Sucht besser zu verstehen. Selbsthilfe oder Fachkräfte ersetzen die Familie vielleicht einmal kurzzeitig, sind aber sonst eher ein »weiterer« Ansprechpartner, der die Familie ergänzt und entlastet. Vielleicht sollte man daher neben »Ersatzfamilie« auch von einer »Ergänzungsfamilie« sprechen.

AN

Gruppenbegleiter statt Gruppenleiter:

Gruppen und Hilfsangebote sollten von diesen selbst getragen werden, nicht von einer bestimmten Person, damit die Gruppe nicht an diese Person gebunden ist und somit mit ihr steht und fällt. Denn gerade Kinder brauchen Kontinuität, die nicht immer an eine Person, sondern z. B. auch mit Blick auf Mitarbeiterwechsel an ein Unterstützungsangebot gebunden sein sollte. Es sollten Gruppenbegleiter, nicht Gruppenleiter die Ansprechpartner für die Gruppen sein. Wenn wir über die Rolle einer »verlässlichen Person« für Kinder aus einer suchtkranken Familie sprechen, kann daher auch immer die Verlässlichkeit einer Gruppe oder eines Hilfsangebots gemeint sein.

Ki

Kinder

Unterstützung braucht Zeit:

Aus unserer Erfahrung als erwachsene Kinder können ›verlässliche Personen‹, wie wir sie z. B. in Gruppen wie Alateen oder Trampolin finden können, Verlustangst auslösen. Kinder kämpfen deshalb manchmal noch um jemanden, obwohl es nicht nützt. Die ›Normalität‹ von Verlässlichkeit ist für viele von uns plötzlich ganz komisch. Vertrauen in Kontinuität und Verlässlichkeit muss erst wiedergefunden werden. Dabei kann es auch zu ›Tests‹ kommen, ob die neue verlässliche Person auch bei Schwierigkeiten bei einem bleibt. Denn Kinder wollen wirklich sichergehen, dass die verlässliche Person auch dann bleibt, wenn es schwieriger wird. Einige von uns haben als Kinder Grenzen getestet, um Grenzen aufgezeigt zu bekommen, denn das zeigte uns: »Du bist mir wichtig.«

Ki

Sich Hilfe wünschen, aber sie nicht annehmen können:

Manche von uns haben als ›erwachsene Kinder‹ das Vertrauen in sich selbst, aber auch in Hilfe von außen verloren. Das Austesten von Grenzen, aber auch das Ausbleiben von Fragen nach Hilfe kann eine Folge sein. Obwohl sich manche von uns Hilfe und Kontakt zu anderen Menschen wünschten, blieben wir allein. Denkmuster, die manchmal lange in die Kindheit zurückgehen, wie der Gedanke »irgendwie muss ich dazu beigetragen haben, dass andere nicht verlässlich waren«, aber auch der Gedanke »ich brauche niemanden und daher kann mich niemand enttäuschen« können zu solchen Verhaltensweisen beitragen. Solche Denkmuster können Freundschaften, die Partnerwahl oder auch die Wahl eines Arbeitsplatzes prägen. Oft fühlt man sich hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch nach und der Angst vor Nähe und hat »Schwierigkeiten, sein Gefühlsleben zu meistern.« Oft müssen wir erst verstehen, wie Erlebnisse der Kindheit unser Leben als (junge) Erwachsene beeinflussen und lernen, mit diesen Gefühlen umzugehen, Menschen zu vertrauen und Hilfe anzunehmen.

Ki

Obwohl sich manche von uns Hilfe und Kontakt zu anderen Menschen wünschten, blieben wir allein.

Forschungsthema 3: Symptome mit System

Aus eigener Erfahrung und aus der Zusammenarbeit im Dream Team wussten wir, wie vielfältig die Lebensumstände und auch Herausforderungen und Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen sein können. Neben sozialen (u.a. Scheidung, drohende Berufsunfähigkeit, Alleinerziehendenstatus, Einkommenseinbußen) und psychischen (Gewalt, Trauma, Depressionen) Auswirkungen teilen Angehörige – so war es unsere Erfahrung – auch viele körperliche Symptome und Beschwerden (wie beispielsweise Nacken-, Schulter- und Magenschmerzen, aber auch Taubheitsgefühle in den Händen oder Füßen). Diesen ›Symptomen‹ wollten wir in unserem dritten Forschungsprojekt aus zwei Gründen auf den Grund gehen. Das erste Ziel lautete ›handlungsfähig statt hilflos‹, denn Hilflosigkeit kennen viele von uns aus dem Leben auf der Achterbahn einer Suchterkrankung. Wenn dann plötzlich auch noch der eigene Körper z. B. durch Schmerzen ›streikt‹, kann dies nicht nur im Alltag (z. B. im Beruf oder bei der Kinderbetreuung) zur Zerreißprobe werden. Unsere Symptome in den Kontext unserer Lebenserfahrungen als Angehörige zu stellen, die Ursachen von körperlichen Schmerzen zu verstehen und zu schauen, wie man mit Symptomen umgehen und diese mit einem ganzheitlichen Ansatz aus Medizin, Sport und weiteren Unterstützungsangeboten lindern und im Alltag wieder ›handlungsfähig‹ werden kann, war unser erstes Anliegen. Unser zweites Ziel lautete ›Symptome mit System‹: Aus der Behandlung Suchtkranker in den Hausarztpraxen und Krankenhäusern wissen wir, dass Ärzte über Fragebögen und Arbeitshilfen verfügen, um körperliche Symptome einer möglichen Suchterkrankung zuzuordnen, das Konsumverhalten mit dem Patienten anzusprechen und weitere Hilfe anzubieten.^{25,26,29}

Wie Ärzte und andere Fachkräfte des Gesundheitssystems auch unsere körperlichen Symptome in Bezug zu unserem Leben in einem ›suchtkranken System‹ setzen, mit uns ins Gespräch kommen und weitere Hilfsmöglichkeiten aufzeigen können, war daher unser zweites Anliegen. Zur Vorbereitung auf unser drittes Forschungsthema sammelten wir in der Gruppe eine lange Liste mit ›unseren Symptomen‹. Dabei fiel uns sofort ins Auge, dass einige von uns unter sehr ähnlichen Beschwerden leiden. Wir wunderten uns – gibt es zwischen den einzelnen Symptomen vielleicht einen Zusammenhang, und lässt sich eventuell auch ein Bezug zu unserem Leben als Angehörige herstellen? Um diese Fragen zu beantworten, schien uns eine osteopathische Perspektive sinnvoll, denn hier wird der Patient als Individuum und Einheit von Körper, Geist und Seele im Zusammenspiel mit seinem sozialen Umfeld betrachtet. Zugleich – und das war uns ebenfalls wichtig – ist Osteopathie nicht nur auf Behandlung, sondern vor allem auch auf Prävention ausgerichtet. Nach Aussage des VOD e.V. – des Bundesverbands der deutschen Osteopathen – ist Osteopathie:

»[...] eine Heilkunde, bei der der Osteopath, die Osteopathin den Menschen mit seinen Händen untersucht und behandelt. Ausgehend von der Annahme, dass der Körper selbst in der Lage ist, sich zu regulieren (zu heilen), vorausgesetzt alle Strukturen sind gut beweglich und somit auch gut versorgt, untersucht der Osteopath, die Osteopathin das Gewebe des ganzen Körpers, um etwaige Bewegungseinschränkungen aufzuspüren und dann zu behandeln. Dabei handelt er auf den Patienten bezogen, d. h. er betrachtet ihn als Einheit von Kör-

per, Geist und Seele, geprägt durch sein individuelles Umfeld. Das Prinzip der Osteopathie bezieht sich so zum einen auf die Beweglichkeit des Körpers in seiner Gesamtheit, zum anderen auf die Eigenbewegungen der Gewebe, der einzelnen Körperteile und Organsysteme sowie deren Zusammenspiel. Jedes Körperteil, jedes Organ benötigt zum optimalen Funktionieren Bewegungsfreiheit. Ist die Beweglichkeit eingeschränkt, entstehen aus Sicht der Osteopathie zunächst Gewebespannungen und darauffolgend Funktionsstörungen. Die Summe dieser Fehlfunktionen kann der Organismus aus Sicht der Osteopathie nicht mehr kompensieren – es entstehen Beschwerden. [...] Osteopathie behandelt vorbeugend und ist bei vielen Krankheiten sinnvoll, da diese oft Ausdruck eines gestörten Zusammenspiels der verschiedenen Systeme des Körpers und der Organe sind [...]. Die Osteopathie ist eine die Schulmedizin sinnvoll ergänzende Form der Medizin. Immer mehr Fachärzte arbeiten mit Osteopathen zusammen«.²³

Als Expertin zum Austausch über unsere Fragen luden wir Frau Sonnenschein*, die seit über zehn Jahren als Osteopathin Patienten behandelt, ein. Nacken-, Schulter- und Magenschmerzen, aber auch Taubheitsgefühle in den Händen oder Füßen – als wir Frau Sonnenschein die Liste mit unseren Symptomen per Email schickten, kam prompt die Frage zurück, was wir in der Gruppe über Stress wüssten? Natürlich kennen alle von uns Stress, aber was macht Stress mit unserem Körper? Das wussten wir nicht.





STRESS KENNEN WIR ALLE – DOCH WISSEN WIR, WAS ER MIT UNSEREM KÖRPER MACHT?

Susi Sonnenschein¹:

Eine Reise durch unser Stresserleben

Durch andauernde Stressreaktionen kann es zu Auswirkungen kommen, die den Körper schädigen. Damit man irgendwann nicht die Reißleine ziehen muss, ist es hilfreich, die Stressreaktionen am eigenen Körper erkennen zu können.

Weshalb gibt es überhaupt Stressreaktionen? Der Grund geht weit in die Vergangenheit zurück, in der wir Menschen noch um unser Überleben kämpfen mussten. Bei Gefahr mussten wir schnell bereit dazu sein, entweder zu kämpfen oder wegzurennen. Es ist also notwendig, eine kurzfristige Gegenreaktion zu starten. Daher wird bei Stress kurzfristig auf unsere Energiereserven zugegriffen, um schnell und kraftvoll reagieren zu können.

Kurzzeitiger Stress: Die erste Stressachse

Was passiert bei einer kurzzeitigen Stressreaktion? Ein Beispiel für eine solche Stressreaktion wäre z. B. ein Schreckmoment: Wir sehen plötzlich einen Tiger vor uns stehen, uns erreicht ein Anruf mit schlechten Nachrichten, wir kommen nach Hause und etwas Unerwartetes ist passiert. Was passiert nun in unserem Körper?

Außen und innen zu beobachtende Stressreaktionen:

- Die Muskeln werden angespannt und stark durchblutet.
- Der Körper geht in eine Beugefunktion (»Schwanz einziehen«): Bauch, Zehen und Po werden angespannt, sodass der Schutz lebenswichtiger Organe im Bauchraum gesichert wird. Dadurch wirkt man kleiner.
- Die Atmung wird schneller und flacher, was zur Folge hat, dass das Zwerchfell verkrampft. Das Herz pumpt schneller und die Hände werden kalt und schwitzig, da andere Körperteile (Kopf und Muskeln) die Durchblutung dringender brauchen. Die Hände fangen an zu zittern, was bedeutet, dass die Spannung zu einer hohen Reflexgeschwindigkeit bereit ist.
- Es wird sogenannter Stressschweiß produziert, der klebriger als normaler Schweiß ist. Allgemein schwitzt der Körper mehr. Dies hat die Wirkung, dass mit einer Berührung eine stärkere Haftung gegeben ist, sodass das Risiko verringert ist, dass Gegriffenes entgleiten kann (z. B. bei der Notwendigkeit, schnell einen Baum hochzuklettern, hätten wir besseren Halt an den Ästen).
- Der Mund trocknet aus und der Speichel wird zähflüssiger und weniger, sodass die Verdauung gestoppt wird und die Energie, die ansonsten für den Verdau-

ungsvorgang verbraucht würde, woanders genutzt werden kann. Neben Magen und Darm wird auch die Galle geschlossen, denn urinieren kann man auch später. Alles wird erstmal verschlossen, sodass ein Völlegefühl entstehen und ein »innerer Stau« verursacht werden kann, der wiederum möglicherweise zu Bauchschmerzen führt. Wenn der Verschluss länger anhält, muss man allerdings erstmal auf Toilette. All der »Ballast«, der sich noch im Körper befindet, wird, solange es möglich ist, auf diesem Wege ausgeschieden. Durch noch längere Anspannung kann ein Erbrechen folgen, mit demselben Ziel unseres Körpers »Ballast« loszuwerden.

- Gleichzeitig werden Energiereserven mobilisiert, sodass vermehrt Zucker und Fettsäuren ins Blut geschwemmt werden.
- Der Genitalbereich wird schlechter durchblutet und bei langfristigem Stress bleibt die Periode aus.
- Es werden Endorphine freigesetzt, was zu geringerem Schmerzempfinden führt. Langfristig wird jedoch stärkeres Schmerzempfinden durch leere Endorphinspeicher verursacht.
- Das Immunsystem wird für etwa eine Stunde höchst aktiv, was die Gefahr von Infektionen verringern soll. Langfristig (nach einer Stunde) wird das Immunsystem jedoch sehr schwach aufgrund der Gegenregulation.

Grund für die Gegenregulation ist die Gefahr von Allergiebildung, wenn das Immunsystem auf höchster Aktivität bleibt. Denn bei langfristiger Aktivierung kann es dazu kommen, dass das Immunsystem von »guten« körpereigenen Zellen angegriffen wird.

- Der Kopf wird stärker durchblutet, damit auch das Gehirn gut versorgt ist.
- Die erhöhte Blutgerinnungsfunktion führt zu einer schnelleren Schließung eventueller Wunden, bei langfristiger Aktivierung, kann dies auch zu Gerinnung von Blut innerhalb der Blutbahnen führen.
- Innerlich ist man ruhig – man ist bereit, »den Colt zu ziehen«.
- Ein Problem besteht darin, dass die Stressreaktion für die heutige Außenwelt ungeeignet ist. Wir sind »Kopftiere« geworden und brauchen diese Energie nur noch selten zum Kämpfen oder zum Weglaufen. Dadurch wird die bereitgestellte Energie des Körpers nicht entsprechend abgebaut, sodass es zu einer Entspannung kommen kann, sondern staut sich auf, was wiederum negative Auswirkungen zur Folge hat.

¹ Der Name der Referentin wurde auf deren Wunsch anonymisiert

WENN WIR REAGIEREN STATT AGIEREN: UNSER GEHIRN STEUERT UNSERE STRESSREAKTIONEN

Eine wichtige Funktion für die Steuerung der Stressreaktionen, wie sie gerade beschrieben wurden, spielt das Gehirn:

»Tom Thalamus« sortiert in einer Situation wichtig und unwichtig und schickt das Wichtige dann an »Cora Cortex«, wo die bisherigen Erfahrungen mit dem Gegebenen verglichen werden. Über »Tom Thalamus« werden die Informationen an »Mia Mandelkern« weitergeleitet und unsere Emotionen kommen ins Spiel. Gleichzeitig wird Glutamat produziert, was den Kern reizt und zur Produktion von Noradrenalin führt. Dieses gelangt zu den Nervenanhäufungen an der Brustwirbelsäule und über den Sympathikus bis zum Nierenmark. Sogenannte Kurzschlussreaktionen kommen zustande, ohne dass Cora Cortex »befragt« wird. Hier wird reagiert statt agiert, was heutzutage zu komischen Situationen führen kann, aber insbesondere in vergangener Zeit eine überlebenswichtige Funktion sein konnte..



Unser Gehirn steuert unsere Stressreaktionen (Quelle: Susi Sonnenschein)

Dauerhafter Stress: Die zweite Stressachse

Die zweite Stressachse ist hormonell gesteuert und tritt in Kraft, wenn der Stress dauerhaft bleibt und die Energie und das Adrenalin nicht abgebaut werden können. Wie schnell die zweite Stressachse aktiviert wird, hängt mit der Kindheit zusammen (»triggern« bei vergangener Erfahrungen). Mittlerweile überschwemmt Glutamat das Gehirn. »Heini Hypothalamus« kommt zum Einsatz. Er ist für die Regulation des Wasserhaushaltes zuständig sowie für das Essen und Trinken. Dieser »Heini Hypothalamus« sorgt nun dafür, dass das Kontrollzentrum Hypophyse neue Hormone zur Nebenniere und ins Blut sendet. Daraufhin wird Cortisol produziert. Es wird benötigt, um den Dauerstresszustand durchzuhalten. Dies ist ein Prozess, der auch wieder aufhört bzw. langsam zurück gefahren wird. Bei länger andauerndem Stress funktioniert dieses Zurückfahren allerdings viel langsamer. Die Wirkung von Cortisol besteht darin, dass die Immunabwehr gedämpft wird und Entzündungen und Fieber gehemmt werden. Dadurch werden Krankheiten erstmal nicht ordent-

lich bekämpft, es ist wie bei einer andauernden Erkältung, nie richtig schlimm, aber auch nie weg. Die Auswirkungen sind Konzentrationsprobleme bis hin zu Gedächtnislücken. Wenn am Wochenende das Cortisol weniger wird, weil z. B. der Stress der Arbeit nachlässt, wirkt dies nicht mehr hemmend der Immunabwehr gegenüber, sodass man anfängt, Krankheitssymptome zu haben, da der Krankheit nicht mehr entgegengewirkt wird.

Das zuvor vom Kern produzierte Noradrenalin lässt Nervenbahnen wachsen und hält diese stabil. Wenn hier nun Cortisol und Dauerstress hinzukommen, wird das Noradrenalin gehemmt. Die Folge ist, dass Nervenbahnen kaputt gehen. Einerseits kann dies gut sein, da dadurch Wege frei gemacht werden für neue Bahnen. ABER bei Langzeitwirkung werden sehr viele Bahnen zerstört, sodass auch der Hypocampus und damit das Gedächtnis angegriffen werden.

Es gibt Individuelle Reaktionsschwerpunkte bei verschiedenen Menschen. Der eine bekommt Kopfschmerzen, dem anderen schlägt es auf den Magen und wieder andere sind verspannt.

TIPPS ZUM SELBSTAUSPROBIEREN:

Wichtig zu beachten ist die Wechselwirkung von Körper und Seele. Es ist möglich, dass diese sich auch bewusst gegenseitig beeinflussen. Z. B. kann durch Nutzen einer Wärmflasche der Körper bewusst beeinflusst oder durch ein gezwungenes Lächeln die Seele unterstützt werden.

Wenn man eine aufrechtere Haltung wünscht, reicht es erstmal aus, wenn man beim Gehen die Handflächen nach vorne dreht.

Ausatmen ist genauso wichtig wie einatmen.

Übungen zum Nachmachen:

1. Entspannungsübung für die oberen Kopfgelenke

→ Der Patient sitzt aufrecht, z. B. auf einem Stuhl, die Füße stabil auf dem Boden, sein Blick ist gerade aus gerichtet. Nun folgt ein kleines Nicken, bei dem die Nasenspitze ein wenig hoch und runter geht.

Der Patient sitzt aufrecht auf einem Stuhl und lässt dabei das Kinn runter in Richtung Brustbein sinken. Die Halswirbelsäule ist nach vorne gebeugt. Nun lässt der Patient seine Nasenspitze locker nach links und rechts im Wechsel wandern.

2. Atemübungen für die Entspannung des Zwerchfells

→ Der Patient sitzt aufrecht auf einem Stuhl und legt die Hände locker auf die Oberschenkel. Zunächst durch die Nase einatmen und dann ganz ruhig und langsam durch den Mund mittels einer Lippenbremse wieder ausatmen. Die Lippen verkleinern dabei die Mundöffnung, sodass die Luft langsamer und gegen einen leichten Widerstand entweicht.

→ Der Patient sitzt auf einem Stuhl und lässt seinen Oberkörper während einer maximalen Ausatmung nach vorne in Richtung der Knie sinken. Am Ende der Ausatmung verschließt der Patient seine Nase mit Daumen und Mittelfinger, macht den Mund zu und richtet seinen Oberkörper wieder auf. In dieser Position versucht der Patient, mehrfach hintereinander einzuatmen, obwohl die Atemwege verschlossen sind. Es entsteht dabei eine Sogwirkung, wobei das Einziehen der Bauchdecke zu beobachten ist. Danach wieder einatmen.

EMPFEHLUNGEN: SYMPTOME MIT SYSTEM

K_T

Kostenträger

F_A

Fachkräfte

A_N

Angehörige

F_A

Schauen Sie genau hin:

Im Rahmen der Anamnese (also dem Gespräch mit dem Patienten) geht es um die Vorgeschichte von Patienten mit Blick auf ihre aktuellen Beschwerden. Hier spielt das Vertrauen zwischen Arzt und Angehörigen, aber auch die Vollständigkeit der Informationen eine wichtige Rolle für die Krankheitsdiagnose und Behandlung²⁴. Angehörige werden in unserer Erfahrung von Ärzten – selbst, wenn sie z. B. unter der Alltagslast buchstäblich ›zusammenbrechen‹ – manchmal nicht im Zusammenhang mit der Sucht wahrgenommen. Bei den Suchtkranken spielen Hausärzte bereits eine Schlüsselrolle, wenn es darum geht, Suchtprobleme anzusprechen und durch Kurzinterventionen – wie sie auch die S3-Leitlinie²⁵ empfiehlt – eine Behandlung anzuregen. Hausärzte, fragen Sie doch bitte auch häufiger die Angehörigen, woher unsere körperlichen Symptome kommen. Fragen Sie auch die Suchtkranken nach den Angehörigen – besonders nach den Kindern. Tipps, wie Sie mit Angehörigen ins Gespräch kommen können, geben wir Ihnen in unserer ›Checkliste für Ärzte und Fachkräfte‹.

F_A

Sucht ist eine Krankheit, die krank macht:

Auch bei Ärzten und Psychologen gibt es noch Makel und Tabus über z.B. die Frau eines Suchtkranken, die ja paradoxerweise eine Mitschuld an etwas zu haben scheint, was ja eigentlich eine Krankheit ist und dabei selbst krank wird. Sucht wird zunehmend als Krankheit gesehen. Die Angehörigen können von der Suchterkrankung weggehen, aber die eigene Krankheit nehmen sie mit.

A_N

Gebt Euch nicht zufrieden:

Manchmal muss man eine ganzheitliche Behandlung einfordern, anstatt sich mit allem sofort zufriedenzugeben.

A_N

Habt keine Angst:

Sucht ist oft ein Familiengeheimnis und gerade Gewalt ›darf‹ nicht nach außen dringen, damit die Situation nicht eskaliert. Ärzte und andere Fachkräfte sind Vertrauenspersonen und können Euch helfen.

K_T

Prävention statt Intervention:

Alleinverdienenden Eltern fehlt häufig die Zeit, sich um sich selbst zu kümmern. Eine Kur würde ihnen Zeit geben, wird aber unserer Erfahrung nach häufig nicht bewilligt. Wenn Therapeuten nur am Vormittag Therapieplätze zur Verfügung stellen können oder auch längere Anfahrtszeiten in Kauf genommen werden müssen, sind Angehörige von flexiblen Arbeitszeitregelungen durch ihre Arbeitgeber abhängig, um ihre Gesundheit und damit auch ihre Beschäftigungsfähigkeit zu sichern. Die Flexibilität, Ansprechpartner oder Therapeuten während der Arbeitszeit besuchen zu können, kann Krisen abfangen. Von Seiten der Arbeitgeber, aber auch durch die Vermittlungsfachkräfte beim Jobcenter wäre es gut, individuell zu schauen, warum jemand einen Zeitbedarf hat und Zeiträume für ›Auszeiten‹ und ›Behandlung‹ gemeinsam planen.

A_N

Wählt Eure ›Kämpfe‹ sorgsam aus:

Angehörige sind oft Kämpfer, z. B. wenn wir am Arbeitsplatz trotz unserer körperlichen und psychischen ›Schmerzen‹ durcharbeiten, um z. B. den Unterhalt für die Familie nicht zu gefährden. So wie das aktuelle Gesundheitssystem gestrickt ist, laufen wir dadurch Gefahr, dass wir all unsere Energie in die Arbeit stecken und uns dann die Energie fehlt, wenn wir durch die Arbeit krank werden und uns Hilfe erkämpfen müssen.

K_T

Arbeitsausfall zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit?

Leider muss man manchmal zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit durch Kuren oder Therapien erst länger (z. B. durch Krankheit) dem Arbeitsmarkt bzw. Arbeitgeber nicht zur Verfügung stehen, wenn es erst eine ›Arbeitsunfähigkeit‹ braucht, um Hilfebedarf zu dokumentieren. Arbeit ist oftmals ein wichtiger Halt für uns, und genau diesen ›Halt‹ müssen wir aufgeben (durch Krankheit), um Unterstützungsbedarf zu dokumentieren.

K_T

Ältere Angehörige:

Älteren Menschen, die bereits aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind, fehlt die Möglichkeit, über ihre Arbeitsausfälle und Krankheitstage ihre gesundheitlichen Belastungen für die Kostenträger zu dokumentieren. Gerade den Älteren unter uns fehlt dazu zusätzlich oft die Kraft, an jeder Ecke um Unterstützung zu kämpfen oder z. B. die Kirche oder den Altenverband bzw. den Rehaberater bei der Renten- oder Krankenversicherung aufzusuchen, um Hilfe zu bekommen oder zu verstehen, warum Anträge abgelehnt wurden oder welche Hilfemöglichkeiten es noch gibt.

K_T

Kostenträger

Unterstützung im Antragsverfahren und auf dem Genesungsweg:

Einige von uns hatten das Glück, beim ersten Antrag eine psychosomatische Reha bewilligt zu bekommen, haben Hilfe beim Ausfüllen der Anträge z. B. bei der Diakonie, Fachärzten für Psychiatrie oder Hausärzten erfahren oder Mutter-Kind-Kur-Angebote oder weitere Hilfe des Müttergenesungswerks in Anspruch genommen. Diese Auszeit hat uns geholfen, unsere Arbeitsfähigkeit aufrechtzuerhalten, wieder bei uns selbst anzukommen und uns gestärkt, um im Alltag wieder voll für unsere Kinder da zu sein und diese gerade auch in schwierigen Phasen wie z. B. bei der eigenen Arbeitsuche zu unterstützen. Auch individuelle Rehanachsorge (IRENA) half uns durch weitere Anlaufstellen wie z. B. Gruppenangebote, unseren Genesungsweg erfolgreich weiterzugehen.

K_TK_T

Lotsen – Hilfe für die Hilfeinanspruchnahme:

Wir wünschen uns Hilfe auf dem Weg zur Hilfe wie z.B. durch das Lokale Bündnis für Familie, Dream Team, EuLe oder AnNa. Lotsen im Hilfesystem, z. B. beim Thema »Angehörige und Alter« oder bei der Kurbeantragung könnten – das heben auch die Forschungsergebnisse aus dem Universitätsteam^{26,27} hervor – Unterstützung noch transparenter und erreichbarer machen.

K_T

Ganzheitliche Leistungen bezahlen:

Osteopathische Leistungen werden nicht von allen Krankenversicherungen übernommen, obwohl ein ganzheitlicher Blick auf Körper, Geist und Seele sicherlich nicht nur für Angehörige hilfreich wäre. Natürlich könnte man die Krankenkasse wechseln, aber wer hat dazu gerade bei akuten Schmerzen die Energie?

K_T

Transparenz und Effizienz im Bewilligungsverfahren und im Zugang zur therapeutischen Versorgung:

Gerade auch bei der Beantragung einer psychosomatischen Reha sollten einem nicht noch Steine in den Weg gelegt und die eigene Verfassung der Angehörigen in Frage gestellt werden. Wieso muss ich beweisen, wie schlecht es mir geht? In den Antrags- und Bewilligungsverfahren sind wir oftmals noch der scheinbaren Willkür der Sachbearbeiter ausgesetzt. An dieser Stelle wünschen wir uns mehr Transparenz im Bewilligungsprozess und auch in der Dokumentation unserer Belastungen. Denn wo es an Transparenz fehlt, kommt es zu Spekulationen und Verärgerung. Das gilt auch für die Wartezeiten bei Therapeuten. Vermittlungsstellen für Therapieplätze können kurzfristig helfen, aber meistens können die Stellen nur drei Vorgespräche vermitteln und eine »Wahl« von Therapeuten oder der Therapierichtung ist nicht machbar. Schneller geht es mit der Hilfe bei Psychiatern oder bei stationären Einrichtungen, aber dort stehen manchmal auch wieder die kurzfristige Hilfe oder die Medikamente im Vordergrund und ein kontinuierlicher Ansprechpartner ist nicht gegeben. Auch Bewilligungen von Therapieverlängerungen sind schwierig und wir fragen uns – wer hilft Menschen in akuten Situationen, älteren Angehörigen oder auch Alleinerziehenden, wenn sie sich zwar auf den Weg zur Hilfe wagen, aber immer wieder abgewiesen oder vertröstet werden? Hilfesuche, Antragstellungen und Widerspruchsverfahren brauchen viel Kraft und gerade denjenigen, die eigentlich dringend Hilfe brauchen, fehlt die Kraft und sie drohen durchs Raster zu fallen.

CHECKLISTE FÜR ÄRZTE UND FACHKRÄFTE IN KRANKENHÄUSERN, HAUS- UND FACHARZTPRAXEN:

1. Vertrauen ist wichtig. Vermeiden Sie im Gespräch den Eindruck, dass Sie unter Zeitdruck stehen und geben Sie einen zeitlichen Rahmen vor. Eingangsfragen wie »Was führt Sie zu uns?« erleichtern uns den Gesprächseinstieg.

2. Beschwerden haben viele Ursachen – Fragen Sie uns auch nach unseren eigenen Erklärungen für unsere Beschwerden. Gibt es neben körperlichen Ursachen vielleicht auch Ursachen im Umfeld? (s. nächster Punkt)

3. Vergessen Sie das Umfeld nicht. Fragen wie »**Wer kümmert sich um Sie, wenn es Ihnen nicht gut geht?**« oder auch »Was ist bei Ihnen im Leben denn momentan los?« aber auch Fragen zur Gesundheit unserer Familie können uns helfen, uns zu öffnen.

4. Und die kleinen Helfer? Im Alltag ›helfen‹ gerade den Älteren unter uns manchmal Medikamente, deren erstmalige Verschreibung länger zurückliegen kann. Fragen Sie uns nach diesen ›kleinen Helfern‹. So können sie vielleicht mehr über den ›Ursprung‹ unserer Symptome herausfinden und uns helfen, unsere aktuelle Therapie besser zu verstehen und vielleicht auch anzupassen.

5. Partizipative Gesprächsdokumentation: Studien zeigen, dass Ärzte Einzelbefunde in diagnostischen Oberbegriffen sehr gut dokumentieren, aber dass bis zu 90 % eines Gesprächs – und hier vor allem die Informationen zu unserem Umfeld und was für uns in unserem Leben momentan wichtig und belastend ist (d. h. die psychosozialen Faktoren) – undokumentiert bleiben²⁸ und keinen Eingang in unsere Krankenakte finden. Gemeinsam mit uns zu entscheiden, welche Informationen wichtig sind und in unsere Akte sollen könnte helfen, Informationslücken auf dem Weg zur Diagnose zu schließen.

6. Gemeinsame Entscheidungsfindung statt Entscheidungsdruck: Wenn wir uns im Gespräch mit Ihnen als Angehörige offenbaren, kann uns Ihr Mitgefühl helfen und Ihre Hoffnung uns unterstützen. Angehörigen ›erwachsenen Kindern‹ zu raten, ihren ›Pflichten‹ nachzukommen und sich um die alternden Eltern zu kümmern oder Partnern die Empfehlung zu geben, sich von den Betroffenen zu trennen, ist häufig eine Überforderung und als Rat nicht immer angebracht. Gerade auch bei Gewaltopfern kann im Fall einer Trennung eine akute Gefährdung bestehen. Hilfreich ist, wenn sie uns unterstützen, die für uns relevanten Informationen zu verstehen (s. Punkt »Helfen Sie uns zu verstehen«), uns verschiedene Handlungs- und Unterstützungsoptionen aufzeigen (s. Punkt »Vernetzen Sie sich«) und uns dazu motivieren, uns mit der Situation auseinanderzusetzen (s. Punkt »motivieren statt bevormunden«).

7. Helfen Sie uns zu verstehen: Informationen zu unserer Gesundheit (oder auch der Gesundheit der Betroffenen) können verwirrend für uns sein. Im Gespräch brauchen wir – gerade bei neuen Informationen – auch Zeit, um uns darüber klar zu werden, was diese Informationen für uns bedeuten und auch, was wir noch fragen möchten. Ein gutes Beispiel, wie Ärzte überprüfen können, ob Patienten das Vermittelte verstanden haben, haben wir bei

Kommentar der Gruppe: »Bei Punkt drei hätte ich bereits geheult. Die Frage hätte mir so sehr geholfen, wie auch Frage 8, die mir so viel Klarheit gegeben hätte. Ich will meinem Arzt keine Vorwürfe machen, dass er nicht hinter die Gründe von meinen Schwächeanfällen geschaut hat, aber ich will andere Ärzte ermuntern – bitte schauen Sie hin und fragen Sie nach. Sie können so viel positives bewirken.«

der Ärztekammer Nordrhein^{29(p29)} gefunden und für das Gespräch mit Angehörigen angepasst. Ein Arzt könnte z. B. vermitteln: »Es ist manchmal gar nicht einfach, das Krankheitsbild zu erklären. Ich hoffe, das gelingt mir nun. Sie würden mir helfen, wenn Sie ab und zu mal sagen könnten, was Sie von meinen Erklärungen verstehen konnten. Wenn das nicht so ganz stimmt, werde ich versuchen, es besser zu erklären.«

8. Motivieren statt bevormunden: Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung³⁰ (motivational interviewing), wie sie sich bereits in den Kurzinterventionen für Suchtkranke bewähren, können auch Angehörigen helfen: Geben Sie uns darüber Rückmeldung, wie unsere Symptome (vgl. Symptome mit System) auch in Zusammenhang mit der Suchterkrankung in unserer Familie stehen können (Feedback). Erkennen und sprechen Sie die Stärken (resources), Fähigkeiten (self-efficacy) und auch Verantwortung (responsibility) der Angehörigen im Gespräch an, um etwas an deren Situation zu verändern. Seien Sie dabei empathisch und haben Sie auch Verständnis für die Schwierigkeiten einer Lebens- und Verhaltensänderung (empathy) und geben Sie uns Raum, selbst zu entscheiden, was, wieviel und wann wir etwas in unserem Leben verändern können und möchten. Genau wie die Suchtkranken können sich auch Angehörige in verschiedenen Änderungsstadien (stages of change) befinden. Vermeiden Sie unnötige Veränderungsvorschläge (z. B. den, sich zu trennen), wenn Angehörige dafür nicht zugänglich sind. Respektieren Sie auch, wenn Angehörige nicht auf Beratungsangebote eingehen wollen – durch das Gespräch haben Sie bereits Bereitschaft signalisiert, auch zu einem späteren Zeitpunkt auf das Thema zurückzukommen und eine wichtige Tür für Angehörige geöffnet. Sie können Flyer zu bestehenden Angeboten an Angehörige mithilfe von ein paar Sätzen weitergeben: »Das ist keine einfache Situation für Sie und Sie fühlen sich gerade vielleicht auch etwas allein, aber es gibt viele andere Menschen, denen es ähnlich geht wie Ihnen. Einigen von diesen Menschen haben Hilfsangebote vor Ort geholfen. Ich gebe Ihnen da mal einen Flyer mit Ansprechpartnern mit. Die Angebote sind anonym und kostenlos und Sie verpflichten sich zu nichts«.

9. Vernetzen Sie sich: Machen Sie sich mit vorhandenen Angeboten für Angehörige vor Ort vertraut, vernetzen Sie sich vielleicht auch mit diesen und machen Sie Angehörige auf die Angebote aufmerksam. Flyer, wie sie im AnNet-Projekt für Dream Team, EuLe und AnNa erstellt wurden, aber auch die lokale KISS-Informationsstelle, die Suchtberatungsstellen oder das Lokale Bündnis für Familie vor Ort können bei der Vernetzung helfen.

10. Grenzen ziehen: Veränderung braucht Zeit und nicht jeder ist bereit, sofort etwas zu verändern. Ein vertrauliches Gespräch mit Ihnen kann uns entlasten, aber beim Verstehen und Verändern können häufig Angebote wie Gruppen oder Fachkräfte der Suchthilfe besser helfen. Stehen Sie als Ansprechpartner zur Verfügung, aber haben Sie keine Angst, Grenzen zu ziehen, wenn Worte nicht von der Bereitschaft getragen sind, langfristig etwas zu verändern.

ZWEI JAHRE AnNet IN PEINE GEHEN ZU ENDE. ANGEHÖRIGEN IN ZUKUNFT NOCH BESSER HELFEN – EIN AUSBLICK

Mit Blick auf die Vielfalt in unserer Gruppe wäre es für uns nicht überraschend, wenn die ›restlichen‹ 10.5 Millionen Angehörigen in ihren Lebensumständen und Bedürfnissen ebenso ›bunt‹ sind wie wir.

Bundesweite Studien zu den psychischen Belastungen Angehöriger können sicherlich – anders als sehr zeitaufwändige Befragungen, wie wir sie z. B. mit den angehenden Fachkräften durchgeführt haben – helfen, in einem kurzen Zeitraum viele Angehörige zu erreichen und auf deren Lebensumstände aufmerksam zu machen.

Aus unserer eigenen Erfahrungen als Angehörige und auch auf Grundlage unserer eigenen Forschungsergebnisse wollen wir drei Empfehlungen für die zukünftige Erforschung von Angehörigen geben:

(1) Angehörige als Experten sehen:

Onlinestudien und Fragebögen können eine einseitige Sicht auf Angehörige vermitteln. Dies ist z. B. der Fall, wenn Fragebögen wissen möchten, welche Informationen sich Angehörige wünschen oder welche Hilfe wir in Anspruch nehmen, aber unser Expertenstatus ausgeblendet wird. Wichtig aus unserer Sicht wäre nämlich auch zu fragen, wie wir durch Informationen und (Selbst)Hilfeangebote dazu beitragen, unsere eigene Gesundheit und die anderer Angehöriger zu verbessern. Denn: Nicht nur im AnNet-Projekt tragen Angehörige zur Unterstützung Angehöriger (z. B. durch Selbsthilfe), zum Austausch (z. B. Studierendenaustausch) und zur Zusammenarbeit und Vernetzung (z. B. Dream Team) mit professionellen Helfern und damit zur Ausbildung von Fachkräften und zur Bereitstellung und weiteren Verbesserung von Hilfestrukturen bei. Forschung, die nicht nur den ›Patienten‹, sondern den ›Expertenstatus‹ Angehöriger anerkennt und sichtbar macht, kann in Zukunft helfen, dass

Angehörige und Selbsthilfe noch besser als Akteure auf Augenhöhe in unser Sozial- und Gesundheitswesen integriert werden.

(2) Psychische Belastungen Angehöriger sind vielfältig:

Der Blick auf die psychischen Belastungen von Angehörigen ist ein sehr wichtiger und Arbeiten wie die von Jim Orford^{31,32} und seinen britischen Kollegen können sicherlich dabei helfen, dass mehr Angehörige Behandlung für Depressionen und Angststörungen erhalten. Aus eigenen Erfahrungen und unseren Forschungsarbeiten (u. a. ›Neue Hilfsangebote für Angehörige‹, ›Symptome mit System‹, Fallbeispiel ›Mia und Stefan‹) wissen wir, dass aber auch z. B. Traumata unter Suchtkranken und Angehörigen eine wichtige und durch passende Behandlungsangebote zu adressierende Rolle in unserem Alltag spielen können.

(3) Körperliche Beschwerden nicht ausblenden:

Neben einer umfassenderen Sicht auf mögliche psychische Belastungen von Angehörigen ist daneben auch eine ganzheitliche Perspektive auf unsere körperlichen Beschwerden aus unserer Perspektive notwendig. Krankenhäuser, Hausärzte und weitere medizinische Fachkräfte spielen bei den Suchtkranken bereits eine Schlüsselrolle, wenn es darum geht, körperliche Symptome in Zusammenhang mit einer Suchtproblematik zu bringen, Suchtprobleme anzusprechen und Behandlung anzuregen. Eine bessere Einsicht in die körperlichen Beschwerden Angehöriger – so würden wir es uns wünschen – könnte Fachkräften des Gesundheitswesens helfen, körperliche Symptome zu den alltagsweltlichen (Stress-) Belastungen Angehöriger in Bezug zu setzen und über eine angehörigensensible Gesprächsführung weitere Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige aufzuzeigen und die Inanspruchnahme von Hilfe anzuregen.

Allein diese drei Punkte können helfen aufzuzeigen, wie die Einbeziehung von Angehörigen in Forschung und Praxis in Zukunft zu einer weiteren Verbesserung der Lebenssituation Angehöriger beitragen kann. Im Rahmen des AnNet-Projek-

tes haben wir eigene Forschungsdaten erhoben, ausgewertet und u. a. beim Deutschen Suchtkongress im Angehörigen-symposium und bei der Jahrestagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen präsentiert, durch Radioshows und Zeitungsartikel Öffentlichkeit hergestellt und durch Interviews und Diskussionen Daten und Rückmeldungen zu Julias, Jessicas und Marions Forschung beigesteuert. Auch zukünftige Forschung sollte nicht nur zu, sondern auch mit Angehörigen stattfinden, sodass Angehörigen- und Universitätsforscher, Praktiker und Entscheider des Sozial- und Gesundheitswesens miteinander diskutieren, voneinander lernen und durch ihre Austausch- und Forschungsergebnisse gemeinsame (finanzielle) Grundlagen für Praxisinitiativen wie Dream Team schaffen können.

QUELLENANGABEN PEINE

1. Böker J. *Die Rolle sozialer und professioneller Unterstützung für Kinder aus suchtbelasteten Familien*. Bachelorarbeit. 2016.
2. Schnute M. AnNet Family Member Groups. Transitions in care: What can family-members of people who struggle with substance use teach us about care integration? *Int J Integr Care*. 2017;in press.
3. Nieuwenboom W. Die Stigmatisierung Angehöriger von SuchtpatientenInnen. *SuchtMagazin*. 2012;2012(1):19-23.
4. Orford J, Velleman R, Copello A, Templeton L, Ibanga A. The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs Educ Prev Policy*. 2010;17(sup1):44-62. doi:10.3109/09687637.2010.514192.
5. Orford J, Templeton L, Patel A, Velleman R, Copello A. The 5-Step family intervention in primary care: II. The views of primary healthcare professionals. *Drugs Educ Prev Policy*. 2007;14(2):117-135. doi:10.1080/09687630600997477.
6. Schnute M. Wanderer in Neuen Normalitäten: Erwachsen Werden Im Wandel von Gesundheits- Und Wohlfahrtslandschaften. in Vorbereitung.
7. Flassbeck J. Co-Abhängigkeit: Diagnose, Ursachen Und Therapie Für Angehörige von Suchtkranken. Stuttgart: Klett-Cotta; 2011.
8. Schnute M, AnNet Gruppe Therapieverbund Ludwigsmühle, Böker J, Lack J. Perspektiven Angehöriger auf ihre Einbeziehung in die Suchthilfe: Ergebnisse einer Photovoice Studie. under review. 2017.
9. Flick U. Geltungsbegründung, Darstellung und Perspektiven qualitativer Forschung. In: *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. ; 2007:485-574.
10. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Drogen- und Suchtbericht 2016. 2016. www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/.../Drogenbericht_2016_web.pdf.
11. Mielke H. Ein Netz mit weiten Maschen: Hilfeangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien sind rar- doch es gibt sie. NaCoa Deutschland, ed. 2016. <http://www.nacoa.de/images/stories/pdfs/ein%20netz%20mit%20weiten%20maschen.pdf>.
12. Kläusler-Senn C, Stohler R. Angehörige und Sucht: Zeit für einen Perspektivenwechsel. *SuchtMagazin*. 2012;1(2012):5-11.

13. Klein M, Bischof G. Angehörige Suchtkranker – Der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells. Sucht Z Für Wiss Prax. 2013;59(2):65-68.
14. Kliner K, Rennert D, Richter M, eds. Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas. 2015. http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsatlas/BKK_Gesundheitsatlas_2015.pdf.
15. Flassbeck J. Ich will mein Leben zurück!: Selbsthilfe für Angehörige von Suchtkranken. 2. Druckaufl. Klett-Cotta; 2016.
16. Andrea, Heike, Assmann C, Schaffhausen U, Böker J, Lack J, Schnute M. Vernetzte Unterstützung für Angehörige Suchtkranker: Die AnNet Initiativen »Dream Team« und »EuLe«. Vortrag bei der Jahrestagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen am 23.08.2016. 2016.
17. Lack J. Eltern suchterkrankter Kinder. Bachelorarbeit. 2017.
18. Deming WE. Out of the Crisis. 2nd ed. Cambridge, Mass.: The Mit Press; 2000.
19. NaCoa Deutschland. 02.02.17 London: Parlamentarier aus Alkoholikerfamilien schaffen Durchbruch in Westminster | NACOA Deutschland. [www.nacoa.de](http://nacoa.de/neuigkeiten/020217-london-parlamentarier-aus-alkoholikerfamilien-schaffen-durchbruch-westminster). <http://nacoa.de/neuigkeiten/020217-london-parlamentarier-aus-alkoholikerfamilien-schaffen-durchbruch-westminster>. Accessed May 1, 2017.
20. NaCoa Deutschland. 15.02.17 London: Unterhausabgeordnete fordern Geld aus Alkoholsteuer für COA-Hilfen | NACOA Deutschland. [www.nacoa.de](http://nacoa.de/neuigkeiten/150217-london-unterhausabgeordnete-fordern-geld-aus-alkoholsteuer-f%C3%BCr-coa-hilfen). <http://nacoa.de/neuigkeiten/150217-london-unterhausabgeordnete-fordern-geld-aus-alkoholsteuer-f%C3%BCr-coa-hilfen>. Accessed May 1, 2017.
21. AnNet Gruppe Peine, Bodenbug M. Über Sucht spricht man nicht? Leben auf dem Karussell. Erfahrungen und Unterstützung für Angehörige Suchtkranker. Sonderbeitrag im Rahmen der Sendung »Katerfrühstück« auf Radio Tonkuhle-. 2016.
22. AnNet Gruppe Peine, Böker J, Lack J, Schnute M. Angehörige - wer ist das eigentlich? Perspektiven angehender Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialsystems zu den Lebens- und Belastungssituationen von Angehörigen Suchtkranker: Ergebnisse einer partizipativen Studie. Vortrag beim Deutschen Suchtkongress. 2016.
23. Verband der Osteopathen Deutschland e.V. (VOD e.V.). Was ist Osteopathie. <http://www.osteopathie.de/>. Accessed May 2, 2017.
24. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients: 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd; 2004.
25. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., eds. S3-Leitlinie »Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen.« 2015. http://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/leitlinien/AWMF_76-001_S3_Leitlinie_Alkoholbez_St%C3%B6rungen_28_02_2015.pdf. Accessed May 3, 2017.
26. Schnute M, Lack J. Suchtbetroffene Familien und Digitalisierung in der Hausarztpraxis. in Vorbereitung. 2017.
27. Schnute M, Lack J. Sucht und Angehörige im höheren Lebensalter. in Vorbereitung. 2017.
28. Langewitz WA, Loeb Y, Nübling M, Hunziker S. From patient talk to physician notes-Comparing the content of medical interviews with medical records in a sample of outpatients in Internal Medicine. Patient Educ Couns. 2009;76(3):336-340. doi:10.1016/j.pec.2009.05.008.
29. Ärztekammer Nordrhein. Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. 2015. <https://www.aekno.de/downloads/aekno/leitfaden-kommunikation-2015.pdf>.
30. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. 1st ed. New York: Applications of Motivational Interviewing; 2008.
31. Newton E, Shepherd N, Orford J, Copello A. Could the Substance Misuse of a Relative be an Important Factor for Those Seeking Help for Anxiety and Depression? A Preliminary Prevalence Study within Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). Behav Cogn Psychother J Br Assoc Behav Cogn Psychother. 2016;44(6):723-729.
32. Natera G, Copello A, Mora J, Crundall I, Templeton L, Walley G. Coping with Alcohol and Drug Problems: The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures. 1st ed. Oxford, UK: Routledge; 2013.

Dieser Beitrag steht auch als elektronische Publikation im Internet zur kostenfreien Verfügung: DOI 10.18442/666



LANDAU

AnNet-GRUPPE TVL LANDAU, JULIA LACK, JESSICA BÖKER, MARION SCHNUTE

»NUR DU ALLEIN KANNST ES SCHAFFEN, ABER DU SCHAFFST ES NICHT ALLEIN«

FORSCHUNG MIT UND FÜR ANGEHÖRIGE UND SUCHTBETROFFENE FAMILIEN IN LANDAU IN DER PFALZ

Als zweite AnNet-Gruppe begann unsere Forschungsarbeit mit einer Gruppe aus 5 Angehörigen, die sich im Dezember 2015 über die Angehörigengruppe des Therapieverbunds Ludwigsmühle (TVL) und einen Bericht in der Lokalpresse gemeldet hatten. Im Mittelpunkt der Zusammenarbeit in unserer Gruppe – so stellte sich bald heraus – sollte das Thema »Hilfe« stehen: Einigen von uns, die z. B. als Eltern oder Partner noch »neu« im Thema Sucht waren, war es ein Bedürfnis, Hilfe im Umgang mit der Suchtproblematik und den eigenen Gefühlen und Herausforderungen als Angehörige im Alltag zu finden. Zentral für dieses Anliegen waren zum einen vielfache Ängste, aber auch das Anliegen »Ich wünsche mir Hilfe, um den Betroffenen besser helfen zu können«. Eine zweite Facette von »Hilfe«, wie wir sie in unserer Gruppe fanden, war das Thema »anderen Angehörigen durch unsere Erfahrung helfen« – ein Wunsch, den gerade diejenigen von uns mit in die Gruppe brachten, die sich bereits seit vielen Jahren und teils Jahrzehnten mit dem Thema Sucht und ihrer Rolle als Angehörige – häufig unterstützt durch Suchthilfe und Therapeuten – auseinandergesetzt hatten. Unsere dritte Perspektive auf das Thema Hilfe entwickelte sich direkt aus unserem Forschungsprozess. Hier wollten wir das »Miteinander in einer

Hilfelandchaft«, also die Zusammenarbeit von Sucht- und Selbsthilfe, von Betroffenen und Angehörigen und auch den einzelnen Mitgliedern in einer Familie besser verstehen.

Welche Forschungsthemen haben sich in unserer Gruppe rund um das Thema Hilfe innerhalb des letzten Jahres herauskristallisiert?

In der Forschung wird diskutiert, dass Angehörige eine wichtige Rolle für die Behandlungsaufnahme, Therapiemotivation und Abstinenz von Suchtkranken spielen können. Wie jedoch Angehörige Suchtbehandlung erleben und wie sie in die Behandlung einbezogen werden möchten, darüber ist noch wenig bekannt. Dieser »Forschungslücke« wollten wir mit unserem ersten Forschungsprojekt »Klinik Transparent« auf den Grund gehen. Doch sollte es hier nicht nur um die Perspektive der Angehörigen gehen: Was genau bei der Therapie passiert, wie Betroffene Therapie erleben und welche Rolle Angehörige in der Behandlung aus der Perspektive von Betroffenen und Therapeuten spielen können – das wollten wir im Austausch mit den Rehabilitanden und Therapeuten der Ludwigsmühle ebenfalls genauer



Besuch in der Fachklinik Ludwigsmühle: Die Perspektiven Angehöriger, Betroffener und Therapeuten zusammenführen.



Wenn Angehörige sich selbst vergessen.



Hilfe für die gesamte Familie

erforschen. Durch die Zusammenführung der Perspektiven Angehöriger, Betroffener und Therapeuten gelang es uns auf diese Weise, unter dem Forschungsanliegen »Klinik Transparent« ein gemeinsames Bild von der stationären Suchtherapie zu zeichnen.

Dem Thema »Hilfe für die gesamte Familie« widmeten wir uns in unserem zweiten Forschungsprojekt, denn Sucht betrifft oft auch die gesamte Familie und hier häufig auch ganz besonders die Kinder suchtkranker Eltern. Aus eigener Erfahrung und auch aus der Forschung der Peiner Gruppe (vgl. Dream Team) wussten wir, dass Hilfe bisher häufig entweder an die Betroffenen oder die jungen oder erwachsenen Angehörigen, aber selten an alle Familienmitglieder zusammen adressiert ist. In der Praxis bedeutet dies, dass Familien zwar häufig zusammen unter einem Dach leben, aber an verschiedenen Orten und bei verschiedenen Ansprechpartnern Unter-

stützung erfahren. Wie Hilfe für die gesamte suchtbetroffene Familie aussehen kann, dazu wollten wir uns mit Rehabilitanden und dem Team der Fachklinik Villa Maria austauschen.

Unser drittes Forschungsprojekt kam noch einmal auf die Frage »was hilft Angehörigen im Alltag, handlungsfähig zu bleiben« zurück und war ein »Gemeinschaftsanliegen«, das wir gemeinsam mit den AnNet-Gruppen Peine und Salzgitter vorbereitet und durchgeführt haben. Im Mittelpunkt stand die Frage: »Wie können Angehörige – unabhängig von der Behandlung der Suchtkranken – durch Selbst- und Suchthilfe Unterstützung finden, die besonders auf die Herausforderungen Angehöriger und das Leben mit Sucht zugeschnitten ist?«. Dieser Frage sind wir im Austausch mit Jens Flassbeck, seiner Kollegin Frau Stender und der Angehörigengruppe der LWL Klinik Gütersloh auf den Grund gegangen.

Forschungsthema 1: Klinik Transparent

In der Forschung wird diskutiert, dass Angehörige eine wichtige Rolle für die Behandlungsaufnahme, Therapiemotivation und Abstinenz von Suchtkranken spielen können⁹. Wie jedoch Angehörige Suchtbehandlung erleben und wie sie in Behandlung einbezogen werden möchten, darüber ist noch wenig bekannt. Dieser »Forschungslücke« wollten wir mit unserem ersten Forschungsanliegen »Suchtbehandlung durch die Augen Angehöriger sehen« auf den Grund gehen.

Auch unser zweites Forschungsanliegen leitete sich aus unseren eigenen Erfahrungen ab: Einige Teilnehmer aus unserer Gruppe bringen bereits Erfahrungen in der ambulanten und stationären Suchtbehandlung unserer Kinder, Eltern oder Partner mit. Wie sicherlich auch andere Angehörige haben viele von uns den Tag, an dem die Betroffenen professionelle Hilfe in Anspruch nahmen, hoffnungsvoll herbeigeseht. Was jedoch genau bei der Therapie passiert, wie Betroffene Therapie erleben und welche Rollen Angehörige in der Behandlung aus der Perspektive von Betroffenen und Therapeuten spielen können – das wollten wir im Austausch mit den Rehabilitanden und Therapeuten der Ludwigsmühle in unserem zweiten Forschungsanliegen »Suchtbehandlung aus der Perspektive von den Rehabilitanden und Therapeuten« gerne genauer erforschen.

Unter dem Leitbild »Klinik Transparent«, so war es unser

Ziel, wollten wir mit den beiden Forschungsanliegen über die Zusammenführung der Perspektiven Angehöriger, Betroffener und Therapeuten ein gemeinsames Bild von der stationären Suchttherapie zeichnen.

Auf Einladung von Herrn Dr. Kratz, dem Geschäftsführer des Therapieverbunds Ludwigsmühle, erhielten wir am 23.06.2016 die Möglichkeit, die Fachklinik Ludwigsmühle zu besichtigen und von Therapeuten und Rehabilitanden einen Einblick in deren Arbeits- und Behandlungsalltag zu erhalten und selbst auch Fragen zu unserem Alltag als Angehörige zu beantworten.

UNSER TAGESPROGRAMM AM 23.06.2016

1. Erfahrungsaustausch mit dem Therapeutenteam:

Antworten auf Fragen rund um die Themen »Behandlung/ Doppeldiagnosen/Therapiemotivation/Unterstützung Angehöriger« finden. Einblicke in die Praxis der Suchtbehandlung erhalten.

2. Erfahrungsaustausch mit den Rehabilitanden

3. Klinikführung & Fotos: Unsere »Eindrücke und Erfahrungen« durch Bilder »einfangen« (»Photovoice«¹)

FORSCHUNGSANLIEGEN 1: SUCHTBEHANDLUNG AUS DER PERSPEKTIVE ANGEHÖRIGER SEHEN

Unser »Klinik Transparent« Tag startete mit einer Klinikführung. Die Einblicke der Führung haben wir photographisch festhalten: Warum?

»Ein Bild sagt mehr als tausend Worte.« Bilder in der Werbe- welt beeinflussen häufig, was wir kaufen. Bilder bleiben im Gedächtnis. Hat ein Bild schon einmal Eure oder Ihre Emotionen geweckt, weil es Euch oder Sie glücklich, aber vielleicht auch ärgerlich oder nachdenklich gestimmt hat? Bilder fangen oft wichtige Elemente einer Situation oder eines wichtigen Themas ein, die nur schwer in Worte zu fassen, aber trotzdem für uns von Bedeutung sind.



Dr. Dirk Kratz
36 Jahre, Diplom-Pädagoge,
Geschäftsführer des Therapieverbundes Ludwigsmühle

Die **Fachklinik Ludwigsmühle** ist eine Einrichtung zur stationären medizinischen Rehabilitation für drogenabhängige Frauen und Männer, sowie Paare.

Zum Angebot der Fachklinik gehört zudem die Adaption als 2. Phase der medizinischen Rehabilitation, die auch extern belegt werden kann.

Die Fachklinik Ludwigsmühle arbeitet im Verbund zusammen mit: Suchtberatung, Nachsorge- und Arbeitsprojekten, Betreutem Wohnen, Suchtambulanz. Die Schwerpunkte liegen auf der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit und der Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

MIT UNSEREN BILDERN VOM »KLINIK TRANSPARENT TAG« VERFOLGTEN WIR DREI ZIELE:

1. In der Forschung ist noch wenig darüber bekannt, wie Angehörige Suchtbehandlung erleben.

→ Mit unseren Bildern und Beschreibungen wollen wir die Betrachter einladen, stationäre Suchtbehandlung durch unsere Augen als Angehörige zu sehen.

2. Suchtbehandlung ist in betroffenen Familien ein wichtiges Thema, zu dem es aber Wissenslücken geben kann.

→ Hier wollen wir Transparenz schaffen.

3. Welche Rolle können und wollen Angehörige in der Suchtbehandlung spielen?

→ Das wollen wir diskutieren.

WELCHE SITUATIONEN HABEN WIR FOTOGRAFIERT?

Vor unserem Besuch in der Klinik Ludwigmühle haben wir gemeinsam Fragen und mögliche Themen, die uns für das »Bildermachen« als hilfreich erschienen, festgelegt:

1. Welche positiven Punkte, aber auch Herausforderungen in der Suchtbehandlung bzw. dem Gesundheitssystem, in dem Suchtbehandlung verankert ist, fallen mir auf?

2. Wie widerlegt / stützt die Situation gesellschaftliche Vorbehalte und Annahmen gegenüber Suchtkranken oder Angehörigen?

3. Gibt die Situation Antworten auf meine Fragen und Befürchtungen oder überrascht mich mein Blick auf die Suchtbehandlung einer geliebten Person?

4. Passt die Situation zu unseren Diskussionsthemen in der Gruppe? »Auszeit und Unterstützung für Angehörige, Behandlung von Doppeldiagnosen, Therapiemotivation und Umgang mit Suchtkranken und Familien durch die Behandler und Suchtalltag überleben«?

WAS HABEN WIR MIT UNSEREN BILDERN DANN WEITER GEMACHT? – SHOWED-METHODE

Bei unserem darauffolgenden AnNet-Treffen haben wir die Bilder vom »Klinik Transparent Tag« an die Wand projiziert, eine Auswahl von Bildern gemeinsam getroffen, die Bilder beschrieben und in einen Kontext gesetzt. Beim Beschreiben der Bilder haben uns u. a. folgende Fragen der sog. SHOWeD²-Methode geholfen:

1. Was ist auf dem Bild zu sehen?

2. Was passiert tatsächlich in der Bildsituation?

3. Was sagt das Bild über die stationäre Suchtbehandlung bzw. das Leben als suchtbetroffene Angehörige und Familien aus?

4. Aufgrund welcher Rahmenbedingungen ist die Situation im Bild entstanden?

5. Wie kann man diese Rahmenbedingungen weiter fördern oder auch positiv im Sinne Angehöriger und Familien verändern?

Licht und Schatten – Hoffnung und Enttäuschung.
Morgen ist ein neuer Tag. – Bilder fangen oft wichtige Elemente
einer Situation oder eines wichtigen Themas ein, die nur schwer
in Worte zu fassen, aber trotzdem für uns von Bedeutung sind.

ERGEBNISSE PHOTO-VOICE-STUDIE ANNET-GRUPPE TVL LANDAU: STATIONÄRE SUCHTBEHANDLUNG DURCH DIE AUGEN ANGEHÖRIGER SEHEN



1. »Ein Platz für die ganze Familie:

Einladung zum Freisein – Mut mein Leben zu leben«

Das Storchennest auf dem Klinikdach lädt die ganze Storchenfamilie ein. So könnte es auch in der Suchtbehandlung sein. Vom Nest aus könnten Angehörige losfliegen, die erkrankte Person, die ja nun sicher im Haus ist, loslassen und sich aus Verstrickungen lösen. Das offene Fenster lädt die Angehörigen ein, auch ins Haus zu kommen und Teil des Klinikgeschehens zu werden. Aber dazu müssen die Angehörigen bereit sein, und es müsste vielleicht auch jemand am Fenster stehen und sagen »Auch Du bist hier richtig«.

Manchmal wollen Angehörige Hilfe nicht annehmen, aber manchmal brauchen sie auch nur etwas Zeit, um im Storchennest zu »verschnauften« und zu schauen, wie es ihnen überhaupt geht und ob sie vielleicht selbst Hilfe benötigen. Angehörige würden wie die Störche mit ihren individuellen Bedürfnissen und Lebensumständen im Nest landen, aber wichtig ist es, eine Anlauf- oder Flugstelle zu haben, an der man Rast findet und den weiteren Weg bestimmen kann.

2. »Masken«: Bitte hängen Sie Ihre Maske hier auf

Unter Masken lassen sich die wahren Emotionen verbergen. Sie spielen im Angehörigenalltag oft eine wichtige Rolle. Suchtkranke tragen manchmal mehrere Masken, z. B. die Masken mehrerer Erkrankungen bei Doppeldiagnosen, und dann ist es schwierig zu sagen, welche Maske zuerst abgenommen werden soll. Suchtkranke »spielen« dem Umfeld manchmal »etwas vor« und nur die Angehörigen wissen, wie es wirklich zu Hause aussieht und wahren das »Familiengeheimnis«. Dadurch tragen auch die Angehörigen eine Maske. Masken lassen Menschen teilweise nicht mehr authentisch sein und können dadurch belasten, aber sie können auch schützen. Die Behandler haben z. B. ihre Berufsrollen und ihre professionelle Distanz, aber gleichzeitig können auch sie sich wie die Angehörigen von Masken blenden lassen und sich z. B. mit ihren Patienten verstricken. Wenn Betroffene, Familien und Behandler auf Augenhöhe zusammenarbeiten und etwas ändern wollen, dann braucht es auch mal Menschlichkeit und einen Blick hinter die Maske. Hier muss immer wieder abgewogen werden: »Es gibt Situationen, die ohne Maske gehen und Situationen, in denen man die Maske braucht.«

Wenn man dies akzeptiert, wird das »Obwohl« zum »Weil«.



3. Die Einzelkämpferin: Ich lasse Deins bei Dir

Das »einsame Huhn« erinnert an Angehörige, die auch manchmal als »Einzelkämpfer« unterwegs sind, sich – wie das Huhn um die Stühle – um die Hindernisse in ihrem Leben manövrieren und keine Hilfe annehmen wollen oder können. Wir trafen das Huhn gemeinsam mit einem Rehabilitanden, der uns erzählte, er habe sein Huhn mangels Betreuungsmöglichkeiten in die Klinik mitgebracht. Ist es »typisch« für Angehörige, auf solche Geschichten »reinzufallen« (Rückfall), oder zeigt ein solches »Reinfallen«, dass man als Angehöriger das Vertrauen in die Mitmenschen noch nicht verloren oder wiedergewonnen hat (Fortschritt)? Hier hilft es, bei sich selbst zu bleiben und die Aussagen des Gegenübers nicht zu werten und bei ihm zu belassen: Ich darf meinem Gegenüber glauben, aber es hilft mir, mich emotional vom Ergebnis (also ob das Gegenüber mich angelogen hat oder nicht) freizumachen. Manchmal wirkt es nicht authentisch, wenn man behauptet, seinem Gegenüber zu glauben, wenn dies nicht der Fall ist. Hier kann es helfen, beide Wahrheiten (also die des Gegenübers und die eigene Wahrnehmung) als gleichberechtigt nebeneinander stehen zu lassen.



4. Ein steiler Weg: Nur du allein kannst es schaffen

Die Bilder zeigen die steile Treppe und das darüberliegende Fenster auf dem Weg zum Büro, in dem die Patientenaufnahme stattfindet. Genauso wie die Treppe ist der Weg zur Behandlung und Veränderung ein steiler – auch für Angehörige. Es braucht das Blau des Himmels im Fenster am Ende der Treppe, so wie es Hoffnung für die Behandlung braucht. Aber die Hoffnung muss realistisch sein. Rückfälle passieren und blauer Himmel bedeutet nicht immer eitel Sonnenschein, oder dass nach der Therapie alles so wird, wie die Angehörigen es sich wünschen. Auch die Angehörigen müssen sich verändern. Einige, auch unter den Angehörigen, wünschen sich vielleicht einen Fahrstuhl, aber letzten Endes kann jeder den Weg nur selber gehen: Schritt für Schritt und Stufe für Stufe, viele kleine Schritte, Stolpern und Verschnauften sind erlaubt.

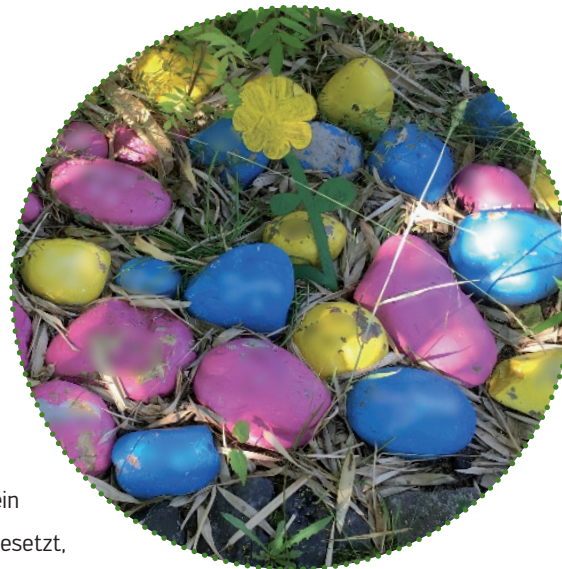


5. Herzlich willkommen

Der Tag der Aufnahme wird von vielen Angehörigen oft herbeigesehnt. Die Betroffenen nehmen den Tag manchmal nicht bewusst wahr, wenn sie z. B. noch unter Substanzeinfluss stehen. Für die Angehörigen ist es allerdings oft ein besonderer Tag, den sie intensiv erleben, an dem aber dann doch die Suchtkranken im Mittelpunkt stehen. In Aufnahmegesprächen kann man auf Mitarbeiter treffen, die wie Bürokraten sind und bei denen sich Betroffene und Angehörige nicht willkommen fühlen. Ein freundliches Willkommen, ein paar persönliche Worte oder auch eine Führung durch die Einrichtung können nicht nur den Angehörigen etwas von der Angst und auch vom Stress der letzten Tage nehmen. Es kann aber auch passieren, dass Angehörige die Betroffenen »zurücklassen«, ohne zu wissen, was in der Behandlung, aber auch im eigenen Leben als Nächstes passiert. Es fühlt sich dann fast so an, als würde man die Betroffenen irgendwo abliefern. Danach sitzt man allein im Auto und ist einerseits erleichtert, aber andererseits auch so leer und allein. Von außen betrachtet ist Behandlung häufig nur ein Zwischenstopp auf der Reise durch das Sucht- und Gesundheitssystem.

6. Die Person hinter der Sucht

Jeder Süchtige hat einen Namen, eine eigene Geschichte, Personen, die ihn lieben, und ein soziales Umfeld, das ihn umgibt wie der Garten die Steine. Wir verstehen und wissen, dass es nicht immer einfach ist, den Süchtigen Sympathie entgegenzubringen, und genauso ist es mit der Sympathie für die Angehörigen. Wir hoffen, dass es für Süchtige und Angehörige in der Sucht- und Selbsthilfe immer Plätze und Menschen geben wird, von denen sie sich angenommen fühlen, bei denen ihnen ein Stein vom Herzen fällt und sie merken: »Ich bin den Dingen nicht machtlos ausgesetzt, sondern kann auch selbst steuern, welche Spuren ich im Leben hinterlasse.« In der Gemeinschaft der Suchtklinik findet jeder seine eigene Farbe und kann genauso wie Angehörige in der Selbsthilfegruppe Erfahrung, Kraft und Hoffnung schöpfen.



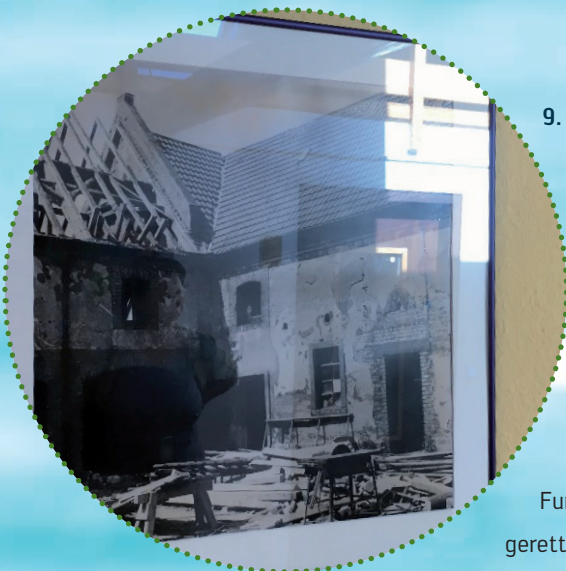
7. Das Wohnzimmer

Das Bild zeigt eines der »Wohnzimmer« der Patienten, also einen Aufenthalts- und Freizeitraum. Uns als Familien erinnern unsere Wohnzimmer zu Hause manchmal an schöne Familienmomente, aber manchmal auch an Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Konflikte und emotionale, verbale und körperliche Gewalt. An vielen Orten in der Klinik ist Raum für »Gemeinsamkeit« und Austausch. In den Familien und zwischen Angehörigen und Suchtkranken ist häufig oft nur noch Platz für die Sucht. Die Sucht steht im Mittelpunkt. Auch für Angehörige ist es wichtig, die Kommunikation mit den Betroffenen wieder zu »erlernen« und wieder ins Gespräch miteinander zu kommen. Beziehungen sind hinter »Masken« oft wie eingefroren. »Vor dem Gespräch mit meiner Tochter schreibe ich mir als Mutter manchmal Witze auf, damit wir »etwas« haben, worüber wir sprechen können.« Es braucht Mut, über etwas anderes zu reden und sich aus alten Verstrickungen und Kommunikationsmustern zu lösen, authentisch zu sein und offene Fragen zu stellen. Wenn sich zu Hause in der Familie nichts ändert, kehren Betroffene nach der Therapie in alte »Wohnzimmergefüge« zurück, in denen das Leiden für alle Betroffenen dann vielleicht weitergeht. Platz für »Gemeinsamkeit« finden Angehörige z. B. in der Selbsthilfe oder bei Seminaren, wie bei Al-Anon oder dem Elternkreis. Hier können wir uns austauschen. Die Erinnerungen an die Gewalt, die einige Angehörige nicht nur in ihren Wohnzimmern erlebt haben, können die Selbsthilfegruppen jedoch an ihre Grenzen bringen.



8. Alles im Fluss

Leben und Sucht sind ein Prozess und nehmen wie ein Fluss ihren Verlauf, der nicht immer linear ist, sondern einige Kurven haben kann. Wie ein Fluss kann Sucht verschiedenen Quellen entspringen, auch wenn diese nicht immer so einfach zu bestimmen sind. Nicht nur im Umgang mit Sucht ist es für Angehörige wichtig zu unterscheiden, welche Dinge sie beeinflussen können und welche nicht – verpasst man diese Chance, rinnt einem das eigene Leben wie Wasser durch die Hände.



9. Nur Du allein kannst es schaffen, aber Du schaffst es nicht allein

Das Bild zeigt die Ruine der Ludwigsmühle um 1980, die gemeinsam durch Betroffene, Familien und Behandler wiederaufgebaut wurde. Im Zusammenhang mit Sucht wird häufig von einer Familienerkrankung gesprochen. Familiensysteme verändern sich durch die Sucht und auch Angehörige werden krank. Wie kann man bei einer solchen Familienerkrankung die Familie in die Behandlung miteinbeziehen und auch eigene Behandlungsangebote für Angehörige schaffen? Betroffene, Familien und Behandler haben durch ihre Zusammenarbeit die Fundamente einer Klinik geschaffen, die in 35 Jahren viele Leben verändert und gerettet und heute ihre Türen für uns geöffnet hat. Um Unterstützung für Angehörige und suchtbetroffene Familien noch weiter zu verbessern, braucht es die Offenheit, aber auch eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Angehörigen, Betroffenen, Behandlern und Politik: »Nur Du allein kannst es schaffen, aber Du schaffst es nicht allein.«

SUCHTBEHANDLUNG DURCH DIE AUGEN ANGEHÖRIGER SEHEN – DISKUSSION

Sucht hat für die Betroffenen und ihre Angehörigen häufig verheerende Folgen und stationäre Suchttherapie kann helfen, nachhaltig Leben zu ändern und zu retten. Dennoch ist der Weg in die Therapie oft ein langer und es ist wichtig, dass noch mehr Betroffene eine Behandlung erhalten und die Behandlungszahlen erhöht werden.

Aber auch Angehörige brauchen Hilfe. Selbsthilfe, Ratgeber, Beratungsangebote und Seminare und Trainings wie Etappe und Trampolin³⁻⁵ können Angehörigen einen »Werkzeugkoffer« von neuen Denk- und Verhaltensmustern an die Hand geben. Trotzdem braucht auch es einen Raum wie z. B. eine Gruppe, oder ein Online-Meeting, in dem das Gelernte ausprobiert und kontinuierlich Rückmeldung eingeholt werden kann, um z. B. eindeutige Grenzen zu setzen, klare Haltungen einzunehmen und nicht wieder in alte Muster zu verfallen. Dabei ist es für Angehörige auch wichtig, auf sich, also das

eigene Bauchgefühl, zu hören und verschiedene Handlungsoptionen zu haben, denn oft gibt es keinen einzig richtigen Weg. Die Botschaften, wie Angehörige den Betroffenen helfen können oder »sollen«, sind dennoch oft widersprüchlich und reichen von »Hilf« zu »Lass los – die Betroffenen müssen es alleine wollen«.

Das Leben mit einer Suchterkrankung fühlt sich für Angehörige oft an wie eine Fahrt auf der Achterbahn und gerade in den Krisenzeiten ist es wichtig, die eigenen Handlungsoptionen nicht aus den Augen zu verlieren. Selbsthilfe kann Angehörigen dabei helfen, Mitgefühl von Mitleid zu unterscheiden. Sie kommt in manchen Krisensituationen aber auch an ihre Grenzen. Wenn Forscher über Mortalität und Morbidität bei Suchterkrankungen sprechen, dann bedeutet das für Angehörige die nur schwer zu beschreibende und lähmende Angst davor, dass eine geliebte Person wie ein Partner, ein Kind, ein Vater oder eine Mutter an der Sucht oder ihren Folgen stirbt. Diese Angst kann lähmen und auch den Blick Angehöriger auf die eigenen Handlungsmöglichkeiten verengen.

Offline und online Gruppen sind häufig ein geschützter Raum, um Gelerntes ausprobiert und kontinuierlich Rückmeldung einzuholen.

Für Angehörige ist es auch wichtig, auf sich, also das eigene Bauchgefühl, zu hören und verschiedene Handlungsoptionen zu haben, denn oft gibt es keinen einzig richtigen Weg.



Viele Angehörige kennen die lähmende Angst davor, dass eine geliebte Person wie ein Partner, ein Kind, ein Vater oder eine Mutter an der Sucht oder ihren Folgen stirbt.



Hilfreich wäre eine »Landkarte« mit Anlaufstellen für Angehörige und Betroffene im Unterstützungssystem.

Suchtbehandlung kann zur Entlastung von Familien beitragen und ihnen helfen, die Betroffenen »loszulassen«, was keinesfalls heißt, dass man die Betroffenen »fallen lässt«. Suchtbehandlung bedeutet für Angehörige, dass man das »Schicksal« der Betroffenen wieder zurück in deren Hände, aber auch in die Hände der Behandler legt. Das braucht Vertrauen und auch Transparenz in der Suchtbehandlung – auch damit die Angehörigen »realistische« Hoffnungen mit Blick auf das Leben nach der Therapie entwickeln können. Genauso wie die Angehörigen sollte auch die Suchtbehandlung an das »Leben nach der Therapie« denken. Die Behandlungszahlen zu erhöhen ist sicherlich ein wichtiger Schritt, aber was kommt nach der Behandlung? In den letzten Jahren haben sich Sucht und auch die Suchthilfe verändert: **Stationäre Suchtbehandlung ist oft nur noch ein kleiner Teil einer großen »Behandlungslandschaft«, durch die sich die Betroffenen und ihre Angehörigen navigieren müssen.** Wie geht man mit Rückfällen um, welche

Nachsorge-Angebote gibt es, was ist mit Komorbiditäten, wie überbrückt man Wartezeiten? – Dies sind nur einige Fragen, die sich Angehörige und Betroffene stellen (müssen) und für deren Beantwortung eine »Landkarte« mit Anlaufstellen im Behandlungssystem gut wäre. Sucht verändert Familien und spätestens im Behandlungsanschluss müssen auch Angehörige oft ihre Lebensphilosophie ändern. Gleichzeitig verändert sich durch neue Substanzen, die Zunahme von Komorbiditäten und patientenorientierte Leitgedanken der Suchtbehandlung auch die Suchthilfe in ihren Ansätzen und Philosophien: Die regelmäßig stattfindenden Jahrestagungen der DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.), beziehen neben Stimmen aus Forschung und Praxis auch Erfahrungen der Selbsthilfe und der Angehörigen⁶ ein. Dies ist ein wichtiger Schritt, um Angehörige und ihre Herausforderungen und Anliegen im Kontext der übermächtigen Suchtproblematik und der Hilfen für die Betroffenen sichtbar und adressierbar zu machen.

FORSCHUNGSANLIEGEN 2: EINBLICKE IN DIE STATIONÄRE SUCHTBEHANDLUNG – SUCHTBEHANDLUNG AUS DER PERSPEKTIVE VON REHABILITANDEN UND THERAPEUTEN

Wie läuft eine stationäre Suchtbehandlung ab? Wie erleben sie die Betroffenen? Welche Rolle können Angehörige im Leben der Betroffenen während und nach der Behandlung aus Sicht der Behandler und Betroffenen spielen? Diese und weitere Fragen wollten wir im Austausch mit Rehabilitanden, einer Therapeutin und dem Geschäftsführer des Therapieverbunds Ludwigsmühle im Rahmen unseres Besuchs in der Fachklinik Ludwigsmühle klären.

Wie erfolgt die Behandlung in der Klinik?

Die Behandlung erfolgt in der Klinik nach einem »Fahrplan der Langzeittherapie«: In der Eingangsphase von Woche 1 bis 6 gilt in den ersten drei Wochen eine Kontaktsperre zum sozialen Umfeld. Das Ziel der Eingangsphase ist die Diagnostik und die Zielsetzung für die Veränderungsphase, die spätestens ab der 7. Woche beginnt. Die Veränderungsphase beinhaltet den Hauptteil dessen, was umgangssprachlich als »Therapie« bezeichnet wird: Die Entwöhnungsbehandlung. Diese wird für jeden Rehabilitanden entsprechend seiner individuellen Problematik gestaltet. Der Behandlungsverlauf wird dabei regelmäßig in der »Therapieplanungskonferenz« überprüft. Für Rehabilitanden, bei denen keine gesicherte Existenz im Anschluss an die Behandlung vorausgesetzt werden kann (Wohnung, Erwerbstätigkeit, stabiles familiäres Umfeld etc.), bzw. für Rehabilitanden, die eine lange Suchterkrankung aufweisen, empfiehlt sich eine Adaptionsbehandlung in einer Außenwohngruppe. Hier wird der Schwerpunkt auf die Erprobung eines suchtfreien Alltags und den aktiven Aufbau der beruflichen Integration, u. a. mithilfe von Leistungserprobungen und Praktika, gelegt.

Kommentar der Gruppe: Die Zeit zwischen der Entgiftung und dem Therapiebeginn gestaltet sich für die Angehörigen als schwierig, denn häufig kehren die Betroffenen zur Überbrückung dieser Wartezeit nach Hause zurück. Für diese zeitlichen Lücken, die zwischen der Entgiftung und der darauf folgenden Therapie entstehen können, gibt es in Hessen Übergangseinrichtungen, in denen Betroffene wohnen und betreut werden. In anderen Bundesländern jedoch fehlt eine solche Struktur, wodurch die Erwartungshaltung, dass Angehörige diese Lücken füllen müssen entstehen kann. Übergangseinrichtungen sollte es flächendeckend geben, um Angehörige zu entlasten.

Kommentar der Gruppe: Das ist eine typische Aussage, die viele von uns von den Suchterkrankten kennen, wenn diese versuchen, ihren Konsum vor anderen zu rechtfertigen. Wer nicht aufhören möchte zu konsumieren, findet auch immer Argumente für die Fortsetzung des Konsums.

Unsere Tochter sagt: »Medikinet und Seroquel bringen mich auch drauf und sind doch nicht besser als Drogen« – Wie soll man damit umgehen?

Jemanden, der noch nicht aufhören möchte zu konsumieren, vom Aufhören zu überzeugen, ist sehr schwer. Wer konsumieren will, findet immer einen Weg. Angehörige haben es oft schwer, denn Hoffnung und Rückfälle, aber auch Selbstüberschätzung gehören bei den Rehabilitanden zum Alltag dazu. Im Endeffekt können Sie niemanden zu einer Therapie zwingen – das muss der Betroffene von sich aus wollen. Argumente und Diskussionen mit den Angehörigen sind oft nur Öl ins Feuer. Oft hört man dann z. B. »Du hast keine Ahnung«. Leere Drohungen von Seiten der Angehörigen bleiben wirkungslos. Stattdessen ist es für die Betroffenen wichtig zu wissen, wo die Grenzen verlaufen. Grenzen zu ziehen heißt dabei nicht, die Betroffenen fallen lassen zu müssen. Stattdessen kann man z. B. anbieten: »Wenn Du etwas ändern möchtest, dann sind wir für Dich da.«

Ist ein Drogenentzug vor dem Behandlungsbeginn notwendig? Wenn ja, warum? Könnte nicht stattdessen zu Beginn der Behandlung zunächst der Konsum reduziert und im Anschluss eine Behandlungsmotivation aufgebaut werden?

Vor dem Therapiebeginn ist eine professionelle Entgiftung notwendig. Wird vorher auf eigene Faust entgiftet, sind Urinkontrollen und sog. Parametertests erforderlich. Die Klinik muss frei von illegalen Suchtmitteln sein, um für alle Rehabilitanden ein sicheres Umfeld zu bieten, in dem die Entwöhnungsbehandlung erfolgreich durchlaufen werden kann. Mittlerweile gibt es einige Therapieplätze für Rehabilitanden in einer Substitutionsbehandlung. Sie bekommen Medikamente als sog. »Ersatzstoffe«, die im Laufe der Behandlung auf null reduziert werden. Dabei handelt es sich um Personen, die bereits mehrere Rückfälle durchlebt haben und für die gängige Entgiftungen bislang nicht erfolgreich verlaufen sind.

Alte Muster Durchbrechen

So könnte ein Austausch zwischen Rehabilitanden, Therapeuten und Angehörigen aussehen.



Betroffene machen gelegentlich ihre Angehörigen für ihre Situation verantwortlich.

Wir haben Angst, dass die Betroffenen kriminell werden, wenn wir ihnen kein Geld geben.

Gegenfrage: Wie geht es Ihnen, wenn Sie mit **Ihrem Geld** seinen oder ihren Tod finanzieren?

ADHSler haben feine Antennen – sind hier die Eingangsvoraussetzungen für die Therapie nicht zu hoch und werden Betroffene so von der Therapie ausgeschlossen?

Nein, auch ADHSler können die Konsequenzen ihres Verhaltens tragen. Verantwortungsvolle Eltern oder Partner zu sein, bedeutet weder, dem Betroffenen alle Konsequenzen abzunehmen, noch, dass man nur abwarten muss. Wichtig ist eine klare Haltung: »Du bist mein Sohn / Mann etc. Du liegst mir am Herzen.« Auch alte Muster in der **Familie müssen durch neue Interventionen** durchbrochen werden, z. B. indem die Betroffenen eine Kosten-Nutzen-Analyse durchführen. Dies sollte allerdings mithilfe von außen geschehen, damit den Betroffenen nicht nur die kurzfristigen positiven Effekte, sondern auch die langfristigen Konsequenzen ihres Handelns vergegenwärtigen können.

Kommentar der Gruppe: Solche Interventionen muss es auch mit Blick auf die Angehörigensituation geben.

Kommentar der Gruppe: Sachgeschenke sind weniger direkt in Drogen umzusetzen, als Geldgeschenke.

Hilft es, die Betroffenen an guten Tagen »positiv zu verstärken«, also sie z. B. zu loben, wenn nicht konsumiert wird?

Positive Rückmeldungen können gut sein. Manchmal geht es aber bei Lob und Belohnung auch um das eigene Ego oder z. B. um die Kompensation von eigenen Schuldgefühlen. Angehörige geben oft ihr Bestes – haben aber auch ihre eigene Geschichte. Betroffene machen gelegentlich ihre Angehörigen für ihre Situation verantwortlich. Das können auch Ausreden sein, um sich selbst nicht verändern zu müssen. Dann frage ich die Betroffenen: »Wer wäre schuld an deiner Misere, wenn deine Eltern/dein Partner etc. nicht mehr Teil deines Lebens wären?«.

Kommentar der Gruppe: Den Ausdruck »positive Verstärkung« kennen einige von uns aus dem Craft Training.

Diese Wortwahl empfinden wir als problematisch, da sie uns an die Hundeeziehung erinnert. Ein Suchtkranker ist jedoch ein Mensch und kein Hund. Die Aussage beinhaltet Erwartungen: »Ich tu das, damit du das tust«. Ein Miteinander auf Augenhöhe ist mit dieser Einstellung kaum möglich, da so das eigene Verhalten das des anderen manipulieren soll. Wenn positive Momente gelobt werden, sollte dies nicht mit einer Erwartung von Verhaltensveränderungen verknüpft sein, sondern zur Beziehungsgestaltung und auch zur eigenen Lebensqualität beitragen. Es ist wichtig, auch als Angehörige glückliche Momente noch wahrzunehmen und sich eingestehen zu können, dass es überhaupt noch gute Momente gibt. Schöne Augenblicke mit den Betroffenen zu genießen ist legitim, selbst wenn man sich vor »unschönen« (zukünftigen) Zeiten fürchtet.

Wie können Angehörige Betroffene dazu bringen, eine Therapie zu beginnen?

Eine Therapie müssen die Betroffenen selbst wollen. Argumente der Angehörigen sind oft nur »Öl ins Feuer«. Man kann aber anbieten »Wenn Du etwas verändern willst, dann sind wir für Dich da«. Vermieden werden sollten leere Drohungen der Angehörigen, an die man sich dann doch nicht halten kann. Denn die Betroffenen lernen schnell, wo bei den Angehörigen die Grenze verläuft, an der sie »kippen«, also die Drohungen doch nicht umsetzen. Gleichzeitig wollen nicht nur Kinder oft wissen, wo die Grenze ist, d. h., dass man ihnen Grenzen setzt.

Bleibt uns als Angehörigen dann nichts anderes übrig als abzuwarten?

Nein, man darf durchaus eine klare Haltung einnehmen und eigene Grenzen ziehen. So kann man z. B. deutlich machen: »Bei uns im Haus wird nicht konsumiert«, aber gleichzeitig auch zeigen »Du bist mein Sohn. Du liegst mir am Herzen. Wenn Du etwas verändern willst sind wir für dich da.«

Leere Drohungen von Seiten der Angehörigen bleiben wirkungslos. Stattdessen ist es für die Betroffenen wichtig zu wissen, wo die Grenzen verlaufen.

FRAGEN AN DIE REHABILITANDEN

1. Wie erlebt man den Alltag in der Therapie?

Wir sind ca. 15 Leute in der Gruppe, in der Klinik insgesamt über 40. Da treffen schon viele Charaktere aufeinander, aber im Großen und Ganzen kommen wir gut miteinander klar.

2. Wie fasst man den Therapieentschluss?

Einige hier kommen über den §35 BtMG – »Therapie statt Strafe« – direkt aus der Haft. Da kann das Ziel anfänglich schon mal sein, durch eine Therapie frühzeitig aus der Justizvollzugsanstalt entlassen zu werden. Bei mir hat sich das gewandelt: Ich möchte die Therapie als etwas für mich mitnehmen und wünsche mir vielleicht auch einen Funken Vergebung durch das soziale Umfeld.

3. Sagt ihr Euren Angehörigen, dass sie auch etwas für sich tun sollen?

So wie die Sucht ja mein Problem ist, denke ich, dass die Angehörigen sich schon Hilfe suchen, wenn sie sie brauchen, also sie selbst ein Problem haben. Bei den Betroffenen ist das Hilfenetz für die Alkoholkranken schon dichter als zum Beispiel bei illegalen Drogen, wo es an Selbsthilfe oder altersgerechten Angeboten mangelt.

4. Wie sieht Euer Tagesablauf aus?

Nach dem Frühstück gibt es ein Morgenritual, in dem die Morgenlosungen vorgetragen werden und man sich auf den Tag vorbereiten kann. Danach werden die Zimmer geputzt oder es geht zur Arbeitstherapie in vier verschiedenen Bereichen. Einige engagieren sich auch in der Rehabilitandenvertretung. Das ist so etwas wie das Bindeglied zwischen Klinik-Team und den Rehabilitanden. Die Vertretung hilft beim Abwägen und Treffen von Entscheidungen oder vermittelt neuen Rehabilitanden die Hausregeln. Gerechtigkeit und Regeltransparenz sind hier wichtig, und ebenso, dass man die eigene Sucht besser versteht. Rauchen ist o. k., aber es wird das Bewusstsein geschärft, dass auch Rauchen eine Sucht ist. Auch Rückfallprävention und -behandlung sind wichtig. Es gibt z. B. ein Tagebuch, in das wir schreiben, auf was wir achten sollen oder nicht geachtet haben, was für »Trigger« es im Alltag gibt und welche neuen Lösungsmöglichkeiten dagegen helfen könnten. Zusätzlich gibt es ein Sportprogramm und ab der zweiten Stufe darf man spazieren gehen und mittwochs zum Einkaufen und samstags in die Umgebung. Alltagsbelastungserprobungen finden über Einzel- und Gruppenausgänge sowie über Familienheimfahrten statt und für einige geht es dann im Therapieanschluss noch in Außenwohngruppen (Adaptionsphase).

5. Machen sich Süchtige Gedanken, wie es ihren Familien geht?

Niemand nimmt Drogen, um seine Eltern zu ärgern. Und wenn man nüchtern ist, realisiert man, was man alles angerichtet hat. Wenn man konsumiert, vergisst man und glaubt seine eigenen Lügen auch selbst. In klaren Momenten schaut man dann manchmal auf die eigene Familie und denkt sich: »Wie konnten sie meinen Konsum nur so lange durchhalten?«

»Wenn man konsumiert, vergisst man und glaubt seine eigenen Lügen auch selbst.«

6. Was seht ihr als die Ursache für die Sucht und was hilft euch bei der Therapie?

Es bringt nichts, die Therapie für andere zu machen. Oft ist nicht nur derjenige, der die Drogen nimmt, sondern auch das darum liegende System krank. Die Familie z. B. in die Therapie einzubeziehen, kann Stabilität bringen, ist aber von der jeweiligen Suchtproblematik abhängig. Die Ursachen für die Sucht sind unterschiedlich und in der Therapie geht es auch viel um Ursachenforschung und darum, wie man »Trigger« vermeiden und das Verhalten ändern kann. Es gibt neben den Gruppengesprächen auch Einzelgespräche, in denen man u. a. über die Kindheit und die Probleme redet. Denn einige nehmen Probleme aus der Kindheit wie z.B. Gewalt und schlimme Sachen, die man erlebt hat, ins Erwachsenenalter mit. Erst macht man vielleicht nur Spaß darüber und tut in der Therapie so, als wäre da nichts gewesen, aber dann beginnt man, der Sache doch auf den Grund zu gehen.

Therapeutin: Suchtmuster werden in den Familien manchmal vorgelebt und dann auf der eigenen »Festplatte« gespeichert. Manchmal gibt es in den Familien bereits Fälle von Alkohol- oder Drogensucht, die aber **totgeschwiegen** werden. Die Kinder merken vielleicht noch nicht, dass konsumiert wird, aber sie bemerken sehr wohl die Stimmungen in der Familie. Gleichzeitig ist es wichtig, Eltern von ihrer Schuld zu befreien, denn diese raubt oft die Energie, die man eigentlich braucht, um etwas zu ändern. Leider sind nicht nur Drogenkranke, sondern auch Eltern und Angehörige vielen gesellschaftlichen Zuschreibungen ausgesetzt, sodass Schuldgefühle positive Entwicklungen behindern können. Beide Seiten haben oft ihr Bestes getan und es ist wichtig, dass wir dem auch wertschätzend begegnen.

Kommentar der Gruppe: Auch ein offener Umgang und ein Aufsuchen von Hilfen wie z. B. regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppen gibt keine Garantie, dass die eigenen Kinder nicht an Sucht erkranken. Angehörige können bereits dann krank werden, wenn sie in jungen Jahren »nur« die Sucht einer nahen stehenden Person miterlebt haben. Aus eigener Erfahrung wissen wir: Die Nachwirkungen der Sucht eines Familienmitglieds können bei Kindern aus sucht-erkrankter Familie auch noch bis ins Erwachsenenalter reichen, ohne dass dies (anfänglich) von uns bewusst wahrgenommen wird.

7. Wie werden Angehörige in die Therapie einbezogen und welche Potenziale gibt es für die Zukunft?

Wir bieten Familiengespräche an, in denen unter Begleitung ein ehrlicher Austausch stattfinden kann und die eine oder andere »Last« abgebaut wird. Telefongespräche mit den Therapeuten sind möglich, aber wir sind auch an die Schweigepflicht gebunden und versuchen daher eher zur Befolgung des Rats »Fragen Sie die Betroffenen doch einmal selbst« zu ermuntern. In der Anfangsphase gibt es eine Kontaktsperre, weil das den Rehabilitanden dabei hilft, sich zunächst auf sich selbst zu konzentrieren und im späteren Verlauf auch mal »Nein« sagen zu können. Letzten Endes haben die Rehabilitanden für uns Vorrang gegenüber den Angehörigen. Andererseits übernehmen wir hier manchmal eine Art Übergangsrolle als Vater oder Mutter. Vielleicht hilft das Eltern ein bisschen, die sonst denken »Allein kriegt das Kind es nicht geregelt«. Das Abkapseln kann beiden Seiten auch dabei helfen, wieder ein eigenes Leben zu führen bzw. dieses in den Griff zu bekommen. **Wir können Angehörige dazu ermuntern, auch etwas für sich selbst zu tun, aber hinter drei Leuten kann man nicht gleichzeitig stehen, und der Schwerpunkt unserer Tätigkeit liegt nicht in der Angehörigenarbeit.**

Kommentar der Gruppe: Dennoch hat nahezu jeder Betroffene auch Angehörige und diese fühlen sich im Klinikalltag oft allein. Hier kann ein Flyer mit entsprechenden Ansprechpartnern helfen. Es würde nicht viel mehr Arbeit für den Therapeuten bedeuten einen Flyer mit Hilfsangeboten, die sich mit den Problemen Angehöriger beschäftigen, weiter zu geben. Denn diese Probleme sind vielschichtig und brauchen somit auch vielschichtige Angebote, die von einer Fachkraft, die ja bereits schon für Suchterkrankte zuständig ist, nicht immer geleistet werden können.

ABSCHLUSSRUNDE:

- Obwohl Angehörige bereits vieles wissen, hilft es, einiges aus dem Mund von Praxis- und Erfahrungsexperten zu hören und dabei die Möglichkeit zu bekommen, ein solch geradliniges Behandlungskonzept mit authentischen und herzlichen Behandlern kennenzulernen. Dadurch können Angehörige Ängste und Vorbehalte abbauen.
- Die Perspektiven von Angehörigen und Betroffenen lösen auf beiden Seiten viele Emotionen aus, helfen aber auch dabei, Verständnis für sich Selbst und das Gegenüber zu entwickeln. Ein regelmäßiger Austausch zwischen Betroffenen und Angehörigen könnte eine Möglichkeit sein, Wege der Kommunikation aufzubauen und voneinander zu lernen.
- Die Nachsorge ist für Angehörige genauso wichtig wie für Betroffene, damit auch sie etwas ändern können.
- Angehörige wünschen sich Therapeuten wie die, die sie am heutigen Tag für die Suchtkranken kennenlernen durften. An den Richtlinien zur Versorgung Angehöriger muss sich etwas ändern, sodass auch hier die Möglichkeit besteht, die für sich passende Hilfe zu erhalten.

SUCHTBEHANDLUNG DURCH DIE AUGEN ANGEHÖRIGER SEHEN - UNSERE EMPFEHLUNGEN

K_T*Kostenträger*

Neben der Förderung der Beschäftigungsfähigkeit ist auch Lebensqualität wichtig. Wir wünschen uns mehr Projekte für Angehörige, in denen sie sich entspannen und / oder weiterbilden können.

K_TK_T

Es sollten Gelder bereitgestellt werden, um einen lebensweltlichen Blick und eine lebensweltnahe Arbeit für Fachkräfte zu ermöglichen und zu fördern, sodass es nicht bei einer einseitigen Berufsperspektive bleibt.

K_T

Es findet ein »finanzieller Ausschluss« von Angehörigen aus der stationären Behandlung durch die Rentenversicherung statt. Stattdessen sollte es gefördert werden, dass ein regelmäßiger Austausch zwischen Angehörigen und Betroffenen erfolgen kann. Der damit angeregte, wertvolle Perspektivenwechsel kann aber nur mit finanzieller Absicherung zu einer dauerhaften Möglichkeit werden.

F_A*Fachkräfte*

Es sollte gefördert werden, dass ein regelmäßiger Austausch zwischen Angehörigen und Betroffenen erfolgen kann.

K_T

Es wird für Angehörige notwendig, Wartezeiten zu überbrücken, die z. B. oft zwischen einer Entgiftung und einer darauf folgenden Therapie für die Betroffenen entstehen. Wer kann neben den Angehörigen noch diese Lücken füllen?

F_A

Das Verhalten von Suchterkrankten sowie Angehörigen wirkt auf Außenstehende nicht immer rational, aber es sollte bedacht werden, dass auch sie ihre eigenen Geschichten haben. Stereotype Aussagen wie »Da musst du dich halt trennen« sind nicht immer so einfach umzusetzen.

K_T

Eine anschließende Adaption sollte nicht nur in Härtefällen, sondern bei jeder Therapie inbegriffen sein. Angehörige würden dadurch entlastet und die Eigenständigkeit der Betroffenen gefördert werden.

F_A

In Entscheidungsprozessen brauchen viele Angehörige eine Begleitung. Diese kann durch verschiedene Unterstützungsangebote, wie sie z. B. auf dem AnNa-Flyer zu finden sind, ermöglicht werden. Sie als Fachkräfte können helfen, indem Sie Angehörige auf die Angebote aufmerksam machen bzw. ihnen einen Flyer mitgeben.



Angehörige überbrücken oft Wartezeiten, z.B. zwischen einer Entgiftung und einer darauf folgenden Therapie. Ein »Übergangslotse« könnte uns hier entlasten.

Nk

Nachwuchskräfte

Nk

Übertragt in Euren zukünftigen Berufen die Verantwortung nicht »einfach« auf die Angehörigen. Seht Euch auch ihre Seite an, klärt Angehörige auf und gewährt ihnen Zeit.

AN

Angehörige

AN

Ihr könnt Eure Betroffenen darauf aufmerksam machen, wenn Ihr etwas gut findet (z. B. »Mir hat der Spaziergang in der Sonne mit dir eben echt gutgetan«), aber verbindet damit keine direkten Erwartungen (z. B. »Wenn ich ihm nur zeige, wie schön das Leben ohne Drogen ist, dann hört er auf zu konsumieren«).

AN

Wenn Ihr das Bedürfnis habt, die Betroffenen finanziell zu unterstützen, fragt Euch selbst, welche Beweggründe Ihr habt, und ob diese durch die finanzielle Unterstützung erreicht werden (sollten).

AN

Eltern: Es ist schwer, sich mit der Suchterkrankung der eigenen Kinder auseinanderzusetzen. Manchmal ziehen Eltern nicht an einem gemeinsamen Strang, weil sie auch selbst an verschiedenen Punkten stehen, wie sie mit der Sucht des eigenen Kindes umgehen wollen. Unsicherheiten mit Geld für das Kind ausgleichen zu wollen, ist dabei allerdings selten eine Lösung.

Macht die Betroffenen darauf aufmerksam, wenn ihr etwas gut findet (z. B. »Mir hat der Spaziergang in der Sonne mit dir eben echt gutgetan«), aber verbindet damit keine direkten Erwartungen.



Eine Auszeit für die eigene Entscheidungsfindung

AN

Angehörige

AN

Lasst Euch nicht in Zwickmühlen treiben oder von Erwartungshaltungen anderer lenken. Angehörige werden manchmal z. B. vom Krankenhaus oder der Suchthilfe mit Fragen wie »Kann Ihr Sohn wieder zu Ihnen nach Hause?« überrumpelt. Bevor Ihr auf solche Fragen antwortet, lasst Euch mögliche Alternativen aufzeigen und nehmt Euch genug Zeit für die Entscheidungsfindung.

AN

In konkreten Entscheidungssituationen fehlt häufig der rationale Blick und plötzlich ist alles Gelernte und Vorgenommene vergessen. In solchen Situationen raten wir dazu, auf Euer Bauchgefühl zu hören, denn es kann richtig sein. Übt solche Situationen vorher oder zieht im Nachhinein Schlüsse, wie es nächstes Mal anders laufen soll. Meistens haben Entscheidungen Zeit. Nehmt Euch diese und lasst Euch von anderen nicht zu voreiligen Entscheidungen drängen. Haltet Euch ruhig an den Satz: »Da schlafe ich erstmal eine Nacht drüber.«

Es ist schwer, sich mit der Suchterkrankung der eigenen Kinder auseinanderzusetzen. Manchmal ziehen Eltern nicht an einem gemeinsamen Strang, weil sie auch selbst an verschiedenen Punkten stehen, wie sie mit der Sucht des eigenen Kindes umgehen wollen.

Forschungsthema 2: Suchtbetroffenen Familien mit Kindern gemeinsam helfen – Besuch in der Fachklinik »Villa Maria«

Sucht betrifft oft die gesamte Familie und hier häufig auch ganz besonders die Kinder suchtkranker Eltern. Aus eigener Erfahrung und auch aus der Forschung der Peiner Gruppe (vgl. Dream Team) wussten wir, dass Hilfe bisher häufig entweder die Betroffenen, oder die jungen und erwachsenen Angehörigen, aber selten alle Familienmitglieder zusammen adressiert. In der Praxis bedeutet dies, dass Familien zwar häufig zusammen unter einem Dach leben, aber an verschiedenen Orten und bei verschiedenen Ansprechpartnern Unterstützung erfahren. Wie Hilfe für die gesamte suchtbetroffene Familie aussehen kann, dazu wollten wir uns mit Rehabilitanden und dem Team der Fachklinik Villa Maria austauschen. Die Fachklinik Villa Maria ist eine Einrichtung zur stationären medizinischen Rehabilitation für drogenabhängige Eltern und Alleinerziehende, die zusammen mit ihren Kindern eine Therapie in Anspruch nehmen wollen.



Sehr freundlich und offen begrüßt wurden wir an diesem Tag von einem Bezugstherapeuten der Villa Maria, seiner Kollegin – einer Sozialpädagogin/Erzieherin –, dem Geschäftsführer des Therapieverbundes Ludwigsmühle und drei Rehabilitanden, die sich freundlicherweise bereit erklärt hatten, uns in ihren Alltag Einblick zu gewähren. Die Erzählungen der Rehabilitanden – unter ihnen ein Elternpaar und eine schwangere

Mutter – wurden von uns zur Sicherung des Persönlichkeitsschutzes der Betroffenen und Dritter anonymisiert.

Über welchen Weg gelangen die Familien zur Therapie in die Villa Maria?

Die Aufnahme in die Villa Maria erfolgt nach einer vorhergehenden Entgiftung. Während der betroffene Elternteil bzw. die Eltern (z. B. wenn beide Elternteile von einer Suchterkrankung betroffen sind) in der Villa Maria therapiert werden, wohnt die gesamte Familie in Apartments auf dem Klinikgelände.

Wie ist eine solche Therapie, die die Rehabilitanden in der Villa Maria durchlaufen, aufgebaut?

Die Langzeittherapie dauert 3 bis 6 Monate bzw. 20 bis maximal 26 Wochen. Die Adaption danach kann je nach Kostenträger 11 bis 16 Wochen betragen. Die Behandlungsschwerpunkte bei der Arbeit mit Eltern und Paaren liegen in der medizinischen Rehabilitation z. B. in den Bereichen Sucht- und Psychotherapie, aber auch berufliche Praktika und Arbeitstherapie, sowie eine geschlechtsspezifische Behandlung und die Paar- und Familientherapie spielen gemeinsam mit dem Aufbau sozialer Kompetenzen eine wichtige Rolle. Im Bereich der Elternarbeit bietet die Villa Maria eine Erziehungsberatung und Elterngruppe, aber auch Eltern-Kind-Aktivitäten und Unterstützung bei der Entwicklung einer familiären Perspektive unter Berücksichtigung von Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Erziehungsarbeit an. Auch die Einleitung von Nachsorgemaßnahmen wie sozialpädagogischer Familienhilfe, ambulanter Nachsorge etc. gehört zu den Aufgaben des Teams in der Villa Maria.

Wer ist in der Langzeittherapie?

Es werden in der Regel Erwachsene mit ihren Kindern aufgenommen. Wobei sich die Kinder nicht unbedingt alle vor Ort befinden. Teilweise sind diese auch bereits durch das Jugendamt in anderen Familien untergebracht. Wichtig ist, dass die Eltern zuvor bereits in der Entgiftung waren.

Wenn Kinder mit in der Villa Maria wohnen, sind diese **in der Regel im Alter von null bis zwölf Jahren**. Die Kosten für die Unterbringung älterer Kinder werden vom Kostenträger nicht mehr übernommen. Die meisten Kinder in der Villa Maria sind zwischen null und sechs Jahren alt. Genauso werden Kinder auch erst während eines Aufenthalts der Mutter in der Villa Maria geboren. Ein besonderes Merkmal der Klinik ist zudem, dass sie auch **autistische Kinder aus suchtkranker Familie mit aufnimmt**.

Zum Zeitpunkt des Gesprächs waren 14 Personen in der Therapie und vier in der Adaption innerhalb der Klinik wohnhaft.

Kommentar der Gruppe: Hier stellt sich uns die Frage an die Kostenträger, ob junge Menschen jemals dazu befragt wurden, wie sie eine Trennung von der Familie erleben. Die Folge der Entscheidung, die Kosten der Unterbringung von Kindern über 12 Jahren nicht zu decken, ist nämlich die, dass eine gemeinsame Unterbringung einiger Familien nicht gewährleistet werden kann.

Wie kann man sich einen Tag in der Villa Maria vorstellen?

Die Tagesstruktur ist in der Villa Maria wichtig. Um 7 Uhr gibt es eine Alkoholkontrolle. Dann Frühstück, Kindersingen und Hausputz. Es wird immer fest eine Aufgabe nach der anderen erledigt. Die Kinder in der Villa Maria werden von 8:25 bis 14:00 Uhr betreut, sodass die Eltern ihre Sport-, Kunst-, Gruppen- und Arbeitstherapie wahrnehmen können. Nachmittags gibt es Eltern-Kind-Zeit für den Bindungsaufbau. Dabei wird entwicklungsdiagnostisch mit den Eltern und Kindern gearbeitet. Die Rehabilitanden werden auch in die Tagesgestaltung mit einbezogen, sie arbeiten z. B. im Rahmen der Arbeitstherapie unter Anleitung in der Küche mit.

Kommentar der Gruppe: Wir finden besonders wichtig hervorzuheben, dass Inklusion auch in der Suchthilfe und bei den Angehörigen ein Thema ist. Die Aufnahme autistischer Kinder bedeutet für das Team in der Villa Maria sicherlich eine zusätzliche Herausforderung, die in dieser Weise von anderen Einrichtungen aufgrund struktureller Rahmenbedingungen vermutlich nicht gemeistert werden kann.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:30					
8:45					
9:30					
10:00					
11:30					
12:00					
13:30					
13:45					

Die Tagesstruktur ist in der Villa Maria wichtig für kleine und große Familienmitglieder.

Welche Unterschiede entstehen in der Villa Maria im Vergleich zu Fachkliniken, in denen Kinder von den Rehabilitanden nicht zum Alltag dazugehören?

Die Folge der Anwesenheit von Kindern ist natürlich, dass die Tages- und Wochenplanung für Kinder und Erwachsene aufeinander abgestimmt werden muss, denn auch Kinder bringen ihre eigenen Bedürfnisse in den Behandlungsalltag mit. Es ist eine große Flexibilität notwendig, wenn Kinder da sind. Zum Beispiel müssen Arztbesuche für die Kinder so ermöglicht werden, dass die Eltern bzw. ein Elternteil auch mitkommen können. Dafür ist es notwendig, dass Mitarbeiter auch mal spontan den Tagesablauf umstellen können, um eine Begleitung von Eltern und Kind zum Arzt zu ermöglichen. Diese Flexibilität muss aber auch beim Tagesablauf der Eltern berücksichtigt werden, denn diese haben in der Regel auch ihren festen Ablauf. Es ist also auf beiden Seiten Flexibilität notwendig, um integrativ, auf die Bedürfnisse des Kindes angepasst, arbeiten zu können. In den Fällen, in denen Eltern teile ohne ihre Kinder in der Villa Maria aufgenommen werden, kommen die Kinder zu Besuch. Dieser Besuch wird dann in der Regel von den Mitarbeitern professionell begleitet.

Was motiviert Eltern zur Therapie oder zur Veränderung des eigenen Lebens?

Druck von außen ist zwar wichtig, aber nicht ausreichend. Es ist notwendig, selbst den Wunsch zu hegen, mit den Drogen aufzuhören. Manchmal versuchen Betroffene deshalb zum Beispiel, sich auf Sport oder andere Freizeitaktivitäten anstelle der Drogen zu konzentrieren. Das hat aber in den seltensten Fällen funktioniert. Auch die Angst vor Inobhutnahme der Kinder kann motivieren, eine Therapie zu beginnen.

Wie arbeiten die Mitarbeiter der Villa Maria mit dem sozialen Umfeld der Rehabilitanden zusammen?

Informationsgespräche für Jugendämter werden angeboten. Es finden auch Paargespräche für die Eltern statt, unabhängig davon, ob ein oder beide Elternteile in der Villa Maria wohnen. Wenn therapeutisch begründet und von den Rehabilitanden

gewünscht, werden auch Großeltern in Familiengespräche einbezogen.

Der Fokus der therapeutischen Betreuung liegt in der Villa Maria auf den Rehabilitanden und deren Angehörigen. Für Angehörige Suchterkrankter, die nicht in der Villa Maria wohnen, fehlt daher die Kapazität für Einzelgespräche.

Was macht die Arbeit der Villa Maria so besonders?

Vor Ort hilft der Villa Maria vor allem »der gute Ruf«. Durch langjährig gewachsene Strukturen und gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit funktioniert die Kooperation innerhalb gemeinsamer Netzwerke, bspw. bei Wiedereingliederungsprozessen und Nachsorge, sehr gut. Auch die Mitarbeiter profitieren hiervon, schätzen das gute Arbeitsklima und sind oft seit vielen Jahren in der Villa Maria beschäftigt. Gute Zusammenarbeit in der Nachbetreuung durch sozialpädagogische Familienhilfe und die Vermittlung in betreutes Wohnen wird insbesondere durch die Erfahrung

Kommentar der Gruppe: In Hinblick auf unsere eigenen Erfahrungen möchten wir an dieser Stelle der wertvollen Arbeit der Mitarbeiter der Villa Maria, sowohl für die Betroffenen selbst als auch für ihre Angehörigen, unseren Dank und Wertschätzung entgegenbringen.

dieser langjährigen Mitarbeiter ermöglicht und erleichtert. Auch die Familienkultur, die in der Villa Maria herrscht, ist etwas Besonderes, wovon die Mitarbeiter und Rehabilitanden profitieren. »Jeder muss von allem etwas können«, denn in der Villa Maria unterstützt man sich gegenseitig. Jedoch werden die Bedingungen für eine solche »Sozialwirtschaft« immer härter.

Die **Fachklinik Villa Maria** ist eine Einrichtung zur stationären medizinischen Rehabilitation für drogenabhängige Eltern und Alleinerziehende, die zusammen mit ihren Kindern Therapie in Anspruch nehmen wollen. Es können in der Villa Maria auch Paare ohne Kinder aufgenommen werden.

Zur Villa Maria gehört das heilpädagogische Kinderhaus, eine anerkannte Einrichtung der Jugendhilfe. Im Kinderhaus der Villa Maria werden die Kinder der Eltern betreut, gefördert und bei Bedarf behandelt.

Die Villa Maria will erreichen, dass Erwachsene und Kinder gesund und frei von Drogen am Leben in der Gesellschaft teilhaben können.



Wo gibt es noch weitere solcher Kliniken?

Es gibt noch weitere Kliniken, die Kinder aufnehmen, zum Beispiel in Berlin-Brandenburg. Allerdings ist und bleibt die Villa Maria Vorreiterin, was den Einbezug der Jugendhilfe und ein eigenständiges heilpädagogisches Konzept für die Kinder angeht.

Was ist für die Zukunft der Villa Maria geplant?

Die Villa Maria soll insbesondere beim Kinderhaus erweitert werden. Dadurch soll auch die Aufnahme größerer Familien ermöglicht und der höhere Bedarf an Säuglingsplätzen gedeckt werden.

Die gute Zusammenarbeit in der Nachbetreuung der Familien durch sozialpädagogische Familienhilfe und die Vermittlung in betreutes Wohnen wird insbesondere durch die Erfahrung der langjährigen Mitarbeiter der Villa Maria ermöglicht und erleichtert.



SUCHTBETROFFENEN FAMILIEN MIT KINDERN GEMEINSAM HELFEN - UNSERE EMPFEHLUNGEN

K_T

Kostenträger

Kinder statt Kosten:

Die Bedeutung der Familie wird in der Villa Maria großgeschrieben. Dennoch werden einige Kinder aufgrund ihres zu hohen Alters von ihren Elternteilen und Geschwistern getrennt und Familien auseinandergerissen, denn durch die Kostenträger sind der Aufnahme von Kindern in der Villa Maria Altersgrenzen gesetzt. Unbeachtet scheint dabei, dass sich Kinder im Alter von 13 Jahren in einer sehr sensiblen Phase, der Pubertät, befinden. Sie stehen demnach unter einer doppelten Belastung als Pubertierende und zugleich Angehörige von Suchtkranken. Der natürliche Ablösungsprozess von den Eltern wird ihnen durch die vom Kostenträger vorgegebene räumliche Distanz bestimmt erschwert. Aus diesen Gründen wäre es äußerst wünschenswert, das Alter der in der Villa Maria wohnhaften Kinder zumindest auf 15 Jahre zu erhöhen und eine Trennung von Geschwisterkindern zu vermeiden. Aus eigener Erfahrung wissen wir, dass Kindheit in einer suchtkranken Familie nicht einfach ist, aber wir als Kinder unsere Eltern auch lieben und vermissen. Die Sicht der Kostenträger auf die betroffenen Familien und Kinder scheint diese Bindungen außer Acht zu lassen und vor allen Dingen zahlenbasiert zu sein. So stehen nicht die Menschen selbst im Fokus, sondern beispielsweise die Kennziffern ihrer Diagnosen oder deren Kosten, durch welche die Betroffenen definiert werden. Was ist erforderlich, damit hier ein Umdenken stattfinden kann?

Durch die Kostenträger sind der Aufnahme von Kindern in der Villa Maria Altersgrenzen gesetzt.

K_TP₀

Nachsorge sichern:

Momentan erleben wir, dass vor allem akute Problematiken behandelt und adressiert werden. Mögliche Rückfälle oder Folgeerscheinungen dürfen jedoch nicht außer Acht gelassen werden. Die Sicherstellung entsprechender Angebote ist daher wünschenswert. Wichtig sind kontinuierliche Ansprechpartner, die auch über einen stationären Aufenthalt hinaus mit der Geschichte der Suchterkrankung der Betroffenen vertraut sind.

K_TP₀

Inklusive Suchthilfe:

Dass in der Villa Maria auch Kinder mit einer autistischen Veranlagung Unterstützung mit ihren betroffenen Eltern finden, erachten wir als zukunftsweisend. Politik und Kostenträger sollten bundesweit die Aufnahme von »bunten« Familien bzw. Elternteilen mit Kindern mit Beeinträchtigungen in den Blick nehmen und verstärkt Hilfsangebote für Kinder schaffen.

K_TP₀

Die Großeltern nicht vergessen:

Häufig sind bei einer Suchterkrankung der Eltern auch die Großeltern in die Betreuung und Fürsorge der Kinder involviert, sofern eine intakte Beziehung zueinander herrscht und die Großeltern nicht selbst betroffen sind. Obwohl Großeltern einerseits von den Ämtern als »Zwischenlösung« benutzt werden können, kommt ihnen insgesamt aus unserer Erfahrung im Hilfeprozess eine zu geringe Bedeutung zu. Daher sollten mehr Hilfsangebote für Großeltern geschaffen werden.

K_TP₀

AN

Aktive Großeltern:

Liebe Großeltern – fordert Euer Mitspracherecht ein.

AN

Angehörige

AN

Sucht ist eine Krankheit:

Für die Angehörigen von Suchterkrankten – aber auch für das soziale Umfeld – ist es ratsam, sich die Komplexität einer Suchterkrankung bewusst zu machen, um gut gemeinte Ratschläge an die Betroffenen und Angehörigen, wie das ›Ablenken‹ von der Sucht durch Sport, zu überdenken.



Sport kann Angehörigen und Betroffenen helfen, aber vor Problemen und Krankheiten können die wenigsten davon laufen.



Häufig sind aus unserer Erfahrung bei einer Suchterkrankung der Eltern auch die Großeltern in die Betreuung und Fürsorge der Kinder involviert, sofern eine intakte Beziehung zueinander herrscht und sie nicht selbst betroffen sind.

Forschungsthema 3: Neue Hilfsangebote für Angehörige und betroffene Familien - Austausch mit der Angehörigengruppe, Roswitha Stender und Jens Flassbeck von der LWL-Klinik Gütersloh

»Angehörige brauchen auch Hilfe: Angehörige leiden häufig ebenso unter der Sucht und deren Folgen wie der Suchtkranke. Das Zusammenleben mit einem Suchtkranken ist eine Herausforderung und Belastung. Angehörige brauchen darin Beratung und Unterstützung. Außerdem verstricken sich Angehörige nicht selten in ihren Bemühungen, dem Suchtkranken zu helfen. Alles dreht sich nur noch um die Sucht und den Suchtkranken. Angehörige können sich darin verlieren und eigene psychische Probleme entwickeln. In diesem Fall brauchen sie Hilfe in Form von Therapie und Behandlung«,

fasst die LWL Klinik im Sommer 2016 die Grundlage für ihr neues Behandlungsangebot für Angehörige von Suchtkranken zusammen.

Um in Gütersloh die verschiedenen Unterstützungsangebote für Angehörige und Kinder aus suchtkranken Familien kennenzulernen, Fragen aus unserem Alltag zu stellen und gemeinsam zu diskutieren, wie man Angehörigen und betroffenen Familien durch Sucht- und Selbsthilfe gemeinsam noch besser helfen kann, haben sich über 30 von uns Angehörigen aus den AnNet-Gruppen Peine, Salzgitter, Landau und Hildesheim im Hochsommer 2016 gemeinsam mit Jessica, Julia und Marion und einer langen Liste von Fragen für die Angehörigengruppe, Frau Stender und Herrn Flassbeck auf den Weg nach Gütersloh gemacht.

Angehörige und Co-Abhängigkeit:

Vielen aus unserer Gruppe war Herr Flassbeck bereits durch seine beiden Ratgeber für Angehörige⁴ bekannt. Ein Einstieg in unseren Austausch bietet sich daher mit dem Thema »Co-Abhängigkeit« – einem wichtigen Punkt in den Büchern von Herrn Flassbeck – quasi von selbst an. Nach Meinung einiger Teilnehmer bringt der Begriff einen negativen Beigeschmack mit sich. Herr Flassbeck betont jedoch, dass nicht jeder Angehörige eines Suchtkranken auch co-abhängig ist. Außerdem impliziert der Begriff das Fehlen von Eigenständigkeit und assoziiert eine Mitschuld an der Sucht, was einem Vorwurf gegenüber dem Angehörigen gleicht. Dennoch wird dieser Begriff aufgrund seiner Popularität von Selbsthilfegruppen – wenn auch widerwillig – verwendet. Denn der Begriff »Co-Abhängigkeit« wird z. B. von Hilfesuchenden bei einer Internetsuche eingegeben und hilft Angeboten wie Selbsthilfegruppen bei einer solchen Internetsuche, dann auch gefunden zu werden. Ein erstes »Zwischenfazit« unserer Diskussion war es daher, dass wir derzeit keinen besseren Begriff haben, um der Angehörigenproblematik der Sucht einen Namen zu geben und einen Anspruch auf Hilfe für Angehörige zu bekunden.



Jens Flassbeck,
Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut; tätig im LWL-Klinikum Gütersloh, zuständig u.a. für ambulante Einzel- und Gruppenpsychotherapie und tagesklinische Behandlung von psychisch erkrankten Angehörigen von Suchtkranken.

»Ich wünsche mir einen Paradigmenwechsel in der Suchthilfe, Abhängigkeit als ein soziales System aus Suchtbetroffenen und Angehörigen zu verstehen. Eigenständige, gleichberechtigte und differenzierte präventive, beratende und therapeutische Hilfen sowie Selbsthilfeangebote für betroffene Angehörige und Kinder sollten ein flächendeckender Standard werden. Damit verbunden ist eine bessere Vernetzung und Kooperation des Suchthilfesystems mit vordringlich der Familien- und Jugendhilfe, aber auch anderen Institutionen psychosozialer Hilfe.«

Neue Hilfsangebote für Angehörige:

Frau Stender und Herr Flassbeck berichten, dass in Gütersloh durch die Kooperation verschiedener Träger und Einrichtungen ein differenziertes Hilfeangebot für Angehörige vorgehalten wird:

1. Die Beratungsstelle NischE (»Nicht von schlechten Eltern«) für Kinder und deren suchtkranke Eltern
2. Prävention und Beratung Angehöriger (Suchtberatungen, Suchtambulanz)
3. Ambulante Psychotherapie für psychisch erkrankte Angehörige (Suchtambulanz)

4. Mitbehandlung in der stationären Suchtrehabilitation (Angehörigenseminare in der Bernhard-Salzmänn-Klinik)

5. Spezielles teilstationäres Behandlungsprogramm für psychisch erkrankte Angehörige (Tagesklinik Sucht, integriertes Konzept der Behandlung von Suchtkranken und Angehörigen).

Beide LWL-Mitarbeiter betonen, dass das »Gütersloher Modell« keineswegs fertig ist. Der Ausbau der Angebote ist in Planung. Die Klinik hat einen regionalen Auftrag, würde aber auch beispielsweise Angehörige aus Bielefeld aufnehmen.

Die Notwendigkeit eines vielschichtigen Angehörigenparadigmas:

Laut Herrn Flassbeck ist für die Unterstützung Angehöriger ein »vielschichtiges Angehörigenparadigma der Sucht« notwendig, das bei der Angehörigenarbeit angewendet werden kann, um die individuellen Bedarfe der Angehörigen betrachten und einordnen zu können. Viele Angehörige Suchterkrankter sind nämlich nicht krank, sondern machen einen tollen Job. Jedoch erkranken nicht wenige Angehörige als Folge der jahrelangen Belastungen und Traumata **psychisch**. Wichtig sei in Hinblick auf die Angehörigen, ein Hilfesystem der Vernetzung und Kooperation und eine offensive Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit.

Welche Rolle spielen Fachkräfte für die Unterstützung Angehöriger?

Unsere Gruppe wollte wissen, warum Fachkräfte an manchen Orten noch so selten auf die Angehörigen Suchtkranker eingehen bzw. weshalb diese eine suchtkranke Familie nicht erkennen und ansprechen. Eine mögliche Antwort war, dass durch ein Nicht-Abfragen eine Abwehrhaltung durch beispielsweise einen Therapeuten oder aber auch einen Jugendamtsmitarbeiter umgesetzt wird. Diese könnten nämlich denken: »Wenn ich nichts davon weiß, muss ich mich nicht mit meinen eigenen Verstrickungen beschäftigen«. Hier wäre die weitere Förderung der professionellen Fachkräfte im Selbstbezug eine mögliche Lösung.

Kommentar der Gruppe: Mit den physischen Auswirkungen von Stress beschäftigt sich die Peiner AnNet Gruppe (vgl. Symptome mit System).

Können auch Therapeuten durch Suchtkranke manipuliert werden?

Manipulationen durch die Suchtkranken (und auch durch die Angehörigen) kommen unserer Erfahrung nach in vielen Familien vor (vgl. auch »Klinik Transparent« und »Dream Team«) *Wir wollten wissen: Gibt es Manipulationen von Therapeuten seitens der Süchtigen, indem sie ihre Angehörigen z. B. schlecht darstellen und ihnen die Schuld an dem Suchtmittelkonsum in die Schuhe schieben?* Aus der eigenen professionellen Perspektive wird diese Frage von Herrn Flasssbeck mit »Ja« beantwortet. Man merke dies bei sich selbst als Suchttherapeuten bei Gedanken wie **»Bei der Frau/bei den Eltern muss man ja saufen ...«** Hier wird wieder deutlich, wie wichtig es sein kann, den Angehörigen mit einzubeziehen und seine Sicht auf die Dinge und die Situation in der Familie nachzuvollziehen.

Kommentar der Gruppe: Uns Angehörige machen solche »Anschuldigen« auf mehreren Ebenen oft hilflos: Zum einen können wir uns nicht gegen solche Zuschreibungen wehren, wenn wir z.B. nicht am Gespräch beteiligt sind. Zugleich ist die Einbeziehung Angehöriger in den Hilfeprozess der Betroffenen, aber auch Beratungsgespräche für Angehörige häufig noch an die Suchtkranken gebunden (vgl. auch AnNet Zukunftswerkstatt). Wenn Angehörige als »Verursacher« dargestellt und eine Kontaktaufnahme mit den Angehörigen durch die Betroffenen unterbunden wird, sind auch die professionellen Helfer hilflos und wichtige Beratungsgespräche für Angehörige bleiben von diesen ungenutzt.

Warum gibt es nicht mehr Hilfe »nur« für Angehörige?

Therapien, die für Angehörige angeboten werden, sind häufig mit der Behandlung des Süchtigen verknüpft. Was aber, wenn dieser nicht in Behandlung gehen will? Der Angehörige bleibt so häufig auf der Strecke, denn eine alleinige Therapie für den Angehörigen ist nicht abrechenbar im System, wird daher nicht bezahlt und bringt im wirtschaftlichen Denken schlicht »kein Geld ein«. Ohne Krankheitsbild gibt es kein Geld und ohne Geld keine Behandlung. So unterstützt z. B. die DRV keine reinen Angehörigengruppen, diese sind explizit aus der Förderung ausgeschlossen.

Kommentar der Gruppe: Nicht nur das beeindruckende Fachwissen von Frau Stender und Herrn Flassbeck, sondern vor allem die Authentizität und Menschlichkeit der beiden haben uns an diesem Tag sehr beeindruckt und nachhaltig durch das gesamte AnNet Projekt begleitet. Der Satz »Weißt Du noch, wie wir in Gütersloh gehört haben...« ist bei uns in den AnNet Gruppen mehr als einmal gefallen.

Sind Angehörige Suchtkranker pflegende Angehörige?

Neben der Öffentlichkeit sind die Gesellschaft und das Gesundheitssystem darauf ausgelegt, dass die Familie die Pflege von erkrankten Familienmitgliedern koordiniert und verantwortet. Wenn Erkrankungen jedoch über eine Erkältung hinausgehen, z. B. eine schwere psychische Krankheit vorliegt, kann keiner von Angehörigen die nötige Ausbildung zur Pflege von Erkrankten erwarten. Hier muss es Hilfe und Unterstützung durch professionell ausgebildete Menschen geben. Gewünscht werden hier flächendeckende Einrichtungen für Kinder, Eltern, Partner, ob jung oder alt, sodass über kurze Wege alle benötigten Angebote unter einem Dach verfügbar sind.

Angehörige sind vielseitig und es braucht ein »Vielschichtiges Angehörigenparadigma der Sucht« um die individuellen Bedarfe der Menschen betrachten und einordnen zu können.



Angehörige stärken:

Als besonders wichtig wurde an diesem Tag die vielseitige Stärkung Angehöriger betont. Der Angehörige muss oft erst lernen, das eigene Handeln zu reflektieren, dann eigene Handlungsmöglichkeiten zu erkennen und dessen Konsequenzen einschätzen zu können. Bei diesem Prozess müssen Angehörige begleitet und in ihrem Handeln unterstützt und gestärkt werden. Dadurch können sie in die Lage gebracht werden, auch mal »Nein« zu sagen und die Verantwortung an einen professionellen Helfer abzugeben, vorausgesetzt, es gibt entsprechende Angebote vor Ort. Anhand eines aktuellen Falles wird darüber gesprochen, dass es z. B. hilfreich und entlastend sein kann, den Sozialdienst des Krankenhauses einzuschalten. Erlebnisse des Alleingelassenwerdens und die Hilflosigkeit sollten durch Aufklärung über die Erkrankung und Angebote für die Angehörigen sowie **eine angehörige-nadäquate Kommunikation** bereits im Krankenhaus verringert werden. Wenn die Angehörigen gedrängt werden, den Erkrankten z. B. aus der Notfallambulanz oder im Behandlungsanschluss wieder mit nach Hause zu nehmen, sollten sie darüber aufgeklärt werden, worauf sie sich einlassen, wie der weitere Krankheits- und Genesungsverlauf aussehen kann und welche Alternativen es für die Betroffenen neben einer Rückkehr nach Hause gibt.

Kommentar der Gruppe: Einen aus unserer Sicht sehr gelungenen Gesprächsleitfaden für Fachkräfte des Gesundheitswesens hat die AnNet Gruppe Peine zusammen gestellt (vgl. Symptome mit System)

Kommentar der Gruppe: Wir geben Frau Stender und Herrn Flassbeck in diesem Punkt völlig Recht: Egal ob gemeinsame Gruppentherapie für Angehörige und Betroffene, oder eine Gruppe »nur« für Angehörige: Wichtig ist die Kontinuität von Gruppenangeboten. Jeder ist auf einem anderen Weg, aber die anderen Gruppenmitglieder auf deren Wegen zu sehen und auch ein Stück weit zu begleiten kann helfen eigene Denk- und Verhaltensmuster zu reflektieren und auch Hoffnung zu schöpfen.

Gemeinsame Gruppentherapie für Angehörige und Süchtige:

Die Motivationslage von verstrickten Angehörigen ist oftmals ambivalent. Dass Angehörige Unterstützung für sich selbst in Anspruch nehmen wollen, ist häufig nur ein kleiner Moment, der auch wieder vergeht. Dieses »kleine Fenster« versuchen die Therapeuten zu »erwischen«. Gewöhnlich kommen Angehörige mit der Erwartung, dass dem Suchtkranken geholfen wird. Diese Erwartungshaltung ist behutsam in Frage zu stellen und eine Eigenmotivation ist anzuregen, was ein kritischer Moment ist. Durch die integrative Arbeit in der Tagesklinik, bei der Angehörige und Süchtige gemeinsame Gruppentherapien haben, wird die gegenseitige vorwurfsvolle Erwartungshaltung überwunden. Der Therapeut versucht z. B., dem Süchtigen die Angst zu nehmen, für dessen Angehörige Hilfe suchen zu müssen. Die eigene Scham des Suchterkrankten, Angst vor Vorwürfen, aber auch Unsicherheit, wie sich familiäre Beziehungen mit dem Eintreten einer Abstinenz neu gestalten lassen, können wichtige Themen sein, für deren Reflektion die Einbindung von Angehörigen in den Therapieprozess eine Bereicherung sein kann. Durch die **gemischten Gruppentherapien**, in denen darauf geachtet wird, dass keine Angehörigen und Süchtigen mit einer gemeinsamen Geschichte zusammenkommen, ist es möglich, ohne vordergründige Emotionen die Gemeinsamkeiten zu erkennen und von den Reflexionen des eigenen Verhaltens durch fremde Betroffene und Angehörige zu profitieren.

Sind nur Angehörige co-abhängig?:

Bei der Frage, wie es um die Co-Abhängigkeit von Therapeuten bestimmt ist, erzählt Herr Flassbeck, dass es wichtig ist, dass auch der Suchttherapeut nach einer gescheiterten Therapie von einem Denkmuster des »wie kann ich es nächstes Mal noch besser machen? Wieso hat es nicht geklappt?« hin zu einer Akzeptanz, dass man es nicht in der Hand hat, ob jemand abbricht oder rückfällig wird, gelangt. Hier sollte sich der Therapeut die Frage stellen: **»Was kann ich tun, damit es mir gut mit den Patienten geht?«**

Kommentar der Gruppe: Das ist ein sehr wichtiges Denkmuster, von dem auch Angehörige profitieren können.

Kinder aus suchtkranker Familie:

Kinder aus suchtkranker Familie sind oftmals komplex traumatisiert und tiefgreifend bindungsgestört, schildert Herr Flassbeck. Hilfen für sie müssen daher durch Sicherheit, Zuverlässigkeit und Beständigkeit gekennzeichnet sein, um Voraussetzungen für Prozesse der Nachreifung und »Nachbeelterung« zu schaffen. Zeitlich begrenzte Projekte wie z. B. Trampolin³ können hilfreich sein, enden jedoch zu früh, sodass die Kinder wieder alleine dastehen. Präventive Angebote für Kinder würden dem Gesundheitswesen Unmengen an Geld ersparen, da somit die »Weitergabe« des Suchtverhaltens über die Generationen eingedämmt werden könnte. Nachhaltigkeit ist hier wichtig. Als Beispiele für Hilfsangebote für Kinder wurden genannt:

- **Looping**
- **Faba- Familien in Balance**
- **Patenschaften**
- **Beratungsstellen für Kinder**
(z.B. »NischE« in Gütersloh)
- **»Such(t) und Wendepunkt« in Hamburg**

Wann sollte Prävention beginnen?

Wichtig ist es, bereits präsent in Schulen zu sein, um Projekte vorzustellen. Dort kann durch regelmäßige Infoabende Sensibilität für das Thema bei den Lehrenden weiterentwickelt werden, sodass diese in ihren Möglichkeiten gefördert werden, Eltern auf eventuelle Suchtprobleme anzusprechen. Eine Vernetzung z. B. von Betroffenen, Elternkreisen und Präventionsangeboten, wie sie z. B. durch die EuLe-Initiative innerhalb des AnNet-Projekts gestaltet wird, ermöglicht Öffentlichkeitsarbeit, die durch ihre Authentizität besondere Wirkung erzielen kann.

Kommentar der Gruppe: Für eine gemeinsame Interessenvertretung und ›Lobbyarbeit‹ im Sinne Angehöriger ist Vernetzung zwischen den verschiedenen Selbsthilfegruppen wichtig, aber es braucht auch die Sicherheit der ›themenspezifischen‹ Kleingruppen (z.B. Elterngruppe), um überhaupt Angehörige für eine solche Lobbyarbeit zu stärken. Im AnNet Projekt ist die Zusammenarbeit von verschiedenen Angehörigengruppen mit unterschiedlichen Selbsthilfethergründen aus unserer Sicht gut gelungen. Egal ob Eltern, Kinder, oder Partner – das gemeinsame Anliegen von den Angehörigen im AnNet Projekt ist die weitere Verbesserung der Unterstützung für Angehörige und Betroffene durch das Projekt.

Vernetzung in der Selbsthilfe

Es wurde diskutiert, dass sich in der Selbsthilfe und im Verbandswesen die einzelnen Betroffenenengruppen separiert haben. Es gibt z. B. spezielle Elternverbände von drogenabhängigen Kindern und NACOA repräsentiert z. B. die Kinder aus Suchtfamilien. Im Sinne der Interessenvertretung und Lobbyarbeit wäre es besser, wenn die Angehörigengruppen viel enger zusammen arbeiten und mit einer Stimme sprechen. Herr Flassbeck vertritt die Ansicht, dass es nur eine Angehörigenproblematik gibt: Alle Betroffenenengruppen, egal ob Eltern, Partner, Geschwister, Kinder oder Suchthelfer, vereint die Verantwortungsübernahme. Bei den Kindern aus Suchtfamilien nennt man dies ›Parentifizierung‹. Der Vorteil gemischter Angehörigen-Gruppen könnte daher auch sein, dass Jung von Alt und Alt von Jung lernt. Durch gleiche Probleme könnte sich gegenseitig geholfen werden, anstatt sich abzugrenzen. Der Horizont könnte sich erweitern. Häufig ist z. B. auch eine ›reine Elterngruppe‹ eine ›gemischte‹ Gruppe, denn die Teilnehmer erfüllen zum Teil gleichzeitig die Rollen der Eltern, der erwachsenen Kinder und der Partner, sodass in homogenen Gruppen somit fast immer mehr als eine Perspektive vertreten ist. Selbst Suchthelfer sind häufig selbst Betroffene, da es besonders ›Helfer-Kinder‹ oft in den sozialen Bereich verschlägt.

Kommentar der Gruppe: Gut ist ein Kontakt und Austausch mit anderen Angehörigengruppen und Selbsthilfegruppen (SHG) im Suchthilfesystem. Eine Plattform dafür bieten u. a. Fachtagungen und Veranstaltungen, Fortbildungen für SHG, Arbeitskreise, Selbsthilfetage und natürlich die gegenseitige Wertschätzung als unabdingbare Grundlage für eine gelingende Zusammenarbeit.

Sollten Praxisexperten auch Erfahrungsexperten sein?

Zur Aussage: ›Wer selbst nicht konsumiert hat, kann auch nicht Konsumierende therapieren‹, erwidert Herr Flassbeck, er müsse keine Ahnung von Sucht haben, damit kennen sich die Süchtigen ohnehin gut genug aus. Er sei Experte für das Leben und da wolle er die Süchtigen ja auch hinbringen. Ebenso wenig müssen Angehörige Experten für Sucht sein.



Die Kinder aus suchtkranken Familien nicht aus dem Blick verlieren.

Vernetzung in der Selbsthilfe

Sind Fachkräfte durch die Ausbildung auf das Thema

»Angehörige« gut genug vorbereitet?

Herr Flassbeck sieht eine Schwierigkeit in der Ausbildung der professionellen Fachkräfte, wie z. B. in pädagogischen und psychologischen Studiengängen und vor allem in den Ausbildungsgängen zum Suchtberater, -therapeuten und Psychotherapeuten. Hier kommt das Thema der Angehörigen viel zu kurz. Wie aber mit Angehörigen von Suchterkrankten (z. B. einem suchterkrankten Schüler oder einem Kind aus suchterkrankter Familie) zusammengearbeitet werden kann oder wie diese überhaupt als Angehörige erkannt werden können, wird in der Regel nicht im Geringsten behandelt. So ist es nicht verwunderlich, wenn sich Fachkräfte im späteren Arbeitsleben ebenso wenig damit auseinandersetzen. Fehlende Sensibilisierung und Überforderung bei der Konfrontation mit dem Thema »Angehörige von Suchterkrankten« kann eine mögliche Folge dessen sein. Dieses offensichtlich defizitäre Ausbildungssystem bedarf deshalb eindeutig tiefgreifender Veränderungen. In diesem Bereich wird zu wenig bis nichts getan. An dieser Stelle werden die von der Peiner Gruppe ins Leben gerufenen Studierendenaustausche erwähnt, die genau auf diese Herausforderung abzielen. Die Schwächen der Ausbildung im Bereich »Angehörige« werden dort durch das Miteinander auf Augenhöhe adressiert und durch das Engagement der Studierenden, Angehörigen und Dozenten und ihren Austausch verbessert. Studierende, aber auch Angehörige und Dozenten werden auf diesem Weg angeregt, sich mit der Angehörigenproblematik auseinanderzusetzen.

Die Selbsthilfe tut etwas für sich, indem sie sich zusammen tut.

Kommentar der Gruppe: Gerade weil das Thema »Angehörige« noch bei weitem nicht flächendeckend in die Ausbildung aufgenommen wurde freuen wir uns umso mehr über engagierte Therapeuten wie in der Ludwigsmühle und LWL Klinik und das unermüdliche Engagement angehender Fachkräfte wie Jessica und Julia.

Kommentar der Gruppe: Obwohl es an vielen Stellen sicherlich noch Verbesserungsbedarf gibt, ist es aus unserer Sicht auch wichtig, an die vielen Orte »guter Praxis« und gelingender Zusammenarbeit hinzuweisen.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) bietet zum Beispiel mehrmals jährlich Tagungen an, bei der auch die Selbsthilfe als Referenten und Besucher gut vertreten ist (vgl. auch »Klinik transparent«).

Die DHS ist eine sehr wichtige Informationsquelle und auch ein Multiplikator in unserem Suchthilfesystem. Wenn die DHS das AnNet Arbeitsbuch auf ihrer Internetseite vorstellen könnte, gäbe es darüber bestimmt Interessierte, die sich das Buch runterladen würden. So könnten wir vielleicht zusammen mit der DHS noch weiteren Angehörigen helfen, ihren Weg ins Suchthilfesystem zu finden.

Kommentar der Gruppe: Bildung sollte nicht von oben eingetrichtert oder frontal vermittelt werden, sondern braucht auch die Bereitschaft und das Interesse der jungen Fachkräfte. Wenn interessierte junge Menschen und Erfahrungsexperten zusammen kommen, kann sich in noch viel Positives entwickeln – das haben die Peiner mit ihrer Initiative Studierendenaustausch, aber besonders auch Julia und Jessica bereits eindrucksvoll bewiesen. In ihren Bachelorarbeiten haben wir uns als Angehörige mit unseren Erfahrungen in den Texten wiedergefunden und gleichzeitig aus einer neuen Perspektive gesehen.

Gibt es das goldene Rezept?

Unterstützungsangebote für Angehörige müssen vielfältig sein, da es auch eine Vielfalt an Angehörigen gibt, für die es »passende« Angebote braucht. Eine Angehörige berichtete davon, viele verschiedene Hilfen ausprobiert und besucht zu haben, ehe sie letztendlich ein Angebot fand, das für sie selbst das Richtige war. Verschiedene Angebote bewirken also, dass verschiedene Angehörige das für sie passende Angebot finden können. Wichtig bei der Arbeit der Therapeuten ist es zu sehen, dass es das »goldene Rezept« ohnehin nicht gibt – weder für Angehörige noch für Betroffene. Es muss auch Hilfe zur Selbsthilfe gegeben werden: »Ich kann ihrem Sohn nicht helfen. Das kann keiner bis auf ihn selbst.« Positive Veränderungen – sowohl bei Angehörigen als auch bei Betroffenen – sollten wahrgenommen und nicht als selbstverständlich abgestempelt werden, Stärken sollten gestärkt werden. Eine große Hürde für den Angehörigen in einem solchen Veränderungsprozess ist häufig: »An mich denken und dies als gesunden, positiven Egoismus sehen.«

Kommentar der Gruppe: Dieser Satz gilt auch für Angehörige: nur sie selbst können sich selbst helfen, indem sie sich entscheiden z.B. auch für sich Hilfe in Anspruch zu nehmen und in ihrem Leben etwas zu ändern.

Kommentar der Gruppe: Jeder sollte für sich selbst bestimmen, wie anonym er sein möchte – dies ist ein großer Pluspunkt der Selbsthilfegruppe.

WÜNSCHE DER DISKUTIERENDEN FÜR DIE ZUKUNFT SIND:

- Auf der Internetseite von Selbsthilfegruppen wird ein Link zur Suchtberatung und andersherum zu finden sein.
- Ein Angehöriger wird das Recht haben, eigenständig und ohne konkreten Bezug auf den Suchterkrankten eine dauerhafte Beratung, Unterstützung etc. für sich zu erhalten.
- Beratungsstellen- und Therapeutenwechsel wird ohne Schwierigkeiten vonseiten der Kostenträger möglich sein.
- Der systemische Gedanke, der systemische Blick wird anerkannt und bei der Therapie für eine suchtbetroffene Familie angewendet.
- Ärzte, Psychologen, Pädagogen etc. sollten noch mehr in Bezug auf die Angehörigenproblematik geschult werden.
- Es benötigt viel mehr Prävention, Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit sowie aufsuchende und motivierende Hilfen in Bezug auf die Angehörigenproblematik.
- Stigmata rund um das Thema Sucht werden abgebaut, sodass ein Heraustreten aus der Anonymität für Betroffene, Angehörige und Selbsthilfegruppen leichter wird. Durch den Abbau von Stigmata und Anonymität können Hilfsangebote und Angehörige in der Öffentlichkeit nicht nur »Gesicht«, zeigen, sondern über einen solchen »Authentizitätsgewinn« auch weitere Angehörige erreicht werden.
- Die Selbsthilfe tut etwas für sich, indem sie sich zusammen tut, wodurch sie gestärkt wird, ihre Interessen im Gesundheitssystem und Gesundheitswesen zu vertreten und auch auf politischer Ebene gehört und gesehen zu werden.

NEUE HILFSANGEBOTE FÜR ANGEHÖRIGE UND BETROFFENE FAMILIEN – UNSERE EMPFEHLUNGEN

FA

Fachkräfte

Aufklärung über Alternativen:

Statt Angehörige manchmal zu drängen, die Betroffenen wieder zu Hause aufzunehmen, sollte es mehr Aufklärung für Angehörige über Möglichkeiten und Alternativen und Rechte geben.

FA

FA

Barrieren zum Angehörigengespräch:

Wenn die Suchtkranken Hilfen in Anspruch nehmen, werden über die Rentenversicherung drei Gespräche auch für Angehörige bezahlt. Auf die Möglichkeit zu diesen Gesprächen werden Angehörige nicht immer hingewiesen. Auch Fachkräfte haben es schwer, Angehörige über die Möglichkeit für Angehörigengespräche zu informieren: Nicht nur die Schweigepflicht, sondern auch Vorbehalte der Betroffenen können verhindern, dass Angehörige erreicht werden. Ein ›Behandlungsvertrag‹, wie er in der AnNet-Zukunftswerkstatt vorgeschlagen wurde, könnte hier eine Vorgehensweise sein, um auch Angehörige zu erreichen. Einige von uns haben diese Beratungsgespräche in Anspruch genommen und als sehr hilfreich erlebt und wollen andere Angehörige ermuntern, diese auch in Anspruch zu nehmen.

FA

Die Realität Angehöriger anerkennen:

Allgemein sollte im Angehörigengespräch erst einmal gelten: Auch, wenn diese Gespräche ›über‹ die Betroffenen – bzw. deren Behandlung – finanziert werden, sollte es in den Gesprächen um die Angehörigen gehen. Zu sagen, »der Betroffene ist auf einem guten Weg«, wenn Angehörige zuhause noch täglich mit der Sucht leben, spricht Angehörigen die eigene Realität ab.

Wenn Betroffene sich bei den Behandlern positiv selbst darstellen und man als Angehöriger aber die ›Wahrheit‹ kennt, dann ist diese Ambivalenz zwischen ›heilem Schein‹ und ›täglich gelebter Wahrheit‹ für Angehörige schwer auszuhalten. Das Gefühl, ungehört und ungesehen zu sein ist ein Gefühl, das dann nicht nur Kinder aus suchtkranker Familie kennen. Therapeuten, Angehörige und Betroffene denken in unterschiedlichen Mustern und Strukturen und was für den Therapeuten ein riesiger Erfolg des Suchtkranken ist, kann für Angehörige immer noch eine einzige Herausforderung sein. Das ›Positive‹ kann aus dem Chaos des Alltags für Angehörige schwieriger zu sehen sein als für den Therapeuten aus der sicheren Distanz eines 45 minütigen Gesprächs, in dem die Betroffenen ihr bestes Verhalten zeigen.

FA

Ein Therapeut für die ganze Familie?

Kann ein Suchttherapeut wirklich für zwei Personen derselben Familie da sein oder wäre es besser, das Gespräch für die Angehörigen durch einen anderen Therapeuten führen zu lassen, der auf ›der Seite der Angehörigen‹ steht? Eine solche ›Teilung‹ könnte Angehörigen helfen, sich nicht nur wie ein ›Anhängsel‹ in der Suchttherapie zu fühlen.

FA

Transparenz im Angehörigengespräch:

Das Wort Co-Abhängigkeit hat für unterschiedliche Menschen auch unterschiedliche Bedeutungen. Es fehlt hier eine konkrete Definition (vgl. »Perspektiven angehender Fachkräfte«). Wenn Sie mit diesem Begriff agieren, kommunizieren Sie ihrem Gegenüber transparent, was Sie unter diesem Begriff verstehen, denn er ist nicht selbsterklärend. Es ist wichtig, mit diesem Begriff sensibel umzugehen, da er nicht nur nützlich sein, sondern auch entwertend wirken kann. Achten Sie bei einem Angehörigen darauf, wer dort vor Ihnen sitzt. Nicht jeder Angehörige ist gleich co-abhängig.

AN

Angehörige

Ausbildung durch Praxisexperten:

Angehörigenforschung kann viel zum Verständnis der Lebenssituationen Angehöriger beitragen, macht Forscher aber nicht zwangsweise zu »Experten«, wenn es darum geht, Angehörige in der Praxis und im Alltag zu unterstützen und zu begleiten. Seminare – z. B. in der Universitäts- und Therapeutenausbildung – sollten daher nicht nur durch Universitätsforscher, sondern durch bzw. gemeinsam mit Praxis- und Erfahrungsexperten durchgeführt werden. In der wissenschaftlichen Ausbildung werdet Ihr dazu angehalten, Forschung und Leben immer kritisch zu hinterfragen. Erhaltet Euch diese Kritikfähigkeit' auch im Umgang mit der »Praxiserfahrung« Eurer Dozenten und fordert ggfs. die Einbeziehung weiterer Praxis- und Erfahrungsexperten ein, besonders, wenn es um Angehörige oder auch partizipative Forschung geht. Die Mitarbeit in einem partizipativen Forschungsprojekt oder auch das Veröffentlichen wissenschaftlicher Artikel über Angehörige muss nicht immer bedeuten, dass tatsächlich mit Angehörigen auf Augenhöhe gearbeitet und geforscht wurde oder die Bereitschaft vorhanden war, von Angehörigen zu lernen.

Nk

Nk

Nachwuchskräfte

Austauschmöglichkeiten schaffen:

Angehörige werden in der Ausbildung, z. B. zum Suchtkrankenhelfer, nicht ausreichend thematisiert. Sucht Euch daher Alternativen, in denen Ihr mit dieser Thematik konfrontiert werdet. Ein Austausch mit Angehörigen auf Augenhöhe wäre eine Möglichkeit, die Ausbildung zu ergänzen. Versucht, diese Begegnung und gemeinsame Arbeit auf Augenhöhe auch im Berufsalltag zu erhalten und einen Austausch mit Angehörigen zu fördern.

Nk

AN

Für jeden Angehörigen das passende**Hilfsangebot:**

Für verschiedene Angehörige ist es wichtig, auch verschiedene Unterstützungsangebote vorzufinden. Für den einen ist eine homogene Gruppe – z. B. »nur« für Eltern von Suchtkranken – für den anderen eine heterogene Gruppe das Richtige. Angehörige müssen selbst herausfinden, wo sie sich am besten aufgehoben fühlen. Manchmal braucht die Suche nach der richtigen Gruppe Zeit, die man sich als Angehöriger auch nehmen sollte. Gleichzeitig braucht es eine bunte Selbsthilfelandchaft für verschiedene Angehörigengruppen. Die AnNet-Gruppe Salzgitter verwendet hier den Begriff »Gemischtwarenladen«, den wir Landauer sehr gelungen finden.

AN

Mut zur Veränderung:

Veränderungen werden nicht immer positiv aufgenommen, egal, ob es zuerst der Betroffene ist oder der Angehörige, der sich verändert. Veränderung kann sowohl Betroffene als auch Angehörige verängstigen. Da heißt es manchmal, stark zu bleiben und zu versuchen, auch vielleicht beängstigenden Veränderungen etwas Positives abzugewinnen.

PAUSE

AN

Eine Pause einlegen:

Innehalten und beobachten kann Angehörigen helfen, sich neu zu justieren und einen neuen Weg zu finden. Manchmal bedeutet dies auch, dass Hilfe durch Nichthilfe die beste Hilfe ist – sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen.

Auch mal eine Pause einlegen.

K_T

Kostenträger

P₀

Politik

(Finanzielle) Anerkennung für Angehörigenarbeit:

Der Satz »wir können ihnen ein paar Gespräche anbieten, aber eigentlich haben wir dafür kein Budget« ist für viele Angehörige und Suchtberater noch Realität und nicht einfach auszuhalten. Hier sollten unbedingt Förderstrukturen geschaffen werden, die den Fachkräften und Angehörigen die Zusammenarbeit erleichtern. Wir wünschen uns, dass Angebote für Angehörige wie in der LWL-Klinik flächendeckend angeboten werden. Zu oft ist Hilfe für den Angehörigen noch an die Hilfe für den Suchterkrankten gebunden. Angebote nur für Angehörige müssen an noch mehr Orten – z. B. auch im ländlichen Raum – entstehen, damit auch mehr Angehörige erreicht werden können.

Angehörigenarbeit muss für Helfer »abrechenbar« sein, damit Angebote entstehen und bleiben können, denn es ist nicht nur für die betroffenen Kinder wichtig, dass die Angebote fortlaufend sind und eine Kontinuität der Ansprechpartner gewährleistet wird.

K_TP₀



EINEINHALB JAHRE AnNet IN LANDAU – WIE SOLL ES NUN WEITERGEHEN?

Rückblickend lässt sich festhalten, dass wir uns nicht nur mit dem Thema ›Hilfe‹, sondern auch mit der ›Hilflosigkeit‹ von Angehörigen in ihren vielen Facetten auseinandergesetzt haben. ›Hilflosigkeit‹, so zeigte sich, erleben Angehörige zum einen mit Blick auf die Suchtproblematik, z. B. wenn es um die Frage geht: »Was kann ich tun, wenn die Betroffenen eine Therapie immer wieder verweigern oder abbrechen?«. Hilflosigkeit wird aber, zum anderen, teilweise auch gegenüber Einrichtungen der Suchthilfe, Krankenhäusern oder Ärzten erlebt, wenn wir Angehörigen die Betroffenen dort

›abgeben‹ und selbst keine Hilfe erfahren, von den Behandlern – nicht partizipativ, sondern grenzüberschreitend – in den Behandlungsprozess ein- oder aus ihm ausgeschlossen werden und in einem an vielen Stellen noch lückenhaften Behandlungssystem Lücken zu schließen haben. Hilflosigkeit entsteht aber nicht nur, wo das Behandlungssystem der Suchtkranken die Angehörigen scheinbar ›ausblendendet‹, sondern auch dort, wo Angehörige sich selbst vergessen. Im Auf und Ab des Alltags, der mit einer Suchterkrankung einhergeht und der einer Achterbahn gleicht, verpasst so mancher Angehöriger, sich selbst zu fragen: »Wie geht es mir – was brauche ich – was soll meine Rolle sein?«.

Wie hat uns das AnNet-Projekt geholfen, mit dieser Hilflosigkeit umzugehen? Ein wichtiges Anliegen partizipativer

NIDRO Speyer

Die Angehörigengruppe der Jugend- und Suchtberatung NIDRO Speyer versteht sich als Hilfe und Anlaufstelle für Angehörige suchtkranker Menschen. Sie findet jeweils am ersten Donnerstag eines Monats in den Räumen der Jugend- und Suchtberatung NIDRO Speyer um 18:30 Uhr statt.

Im Mittelpunkt steht der betroffene Angehörige. Die Gruppe ermöglicht einen Austausch mit anderen Angehörigen, der oftmals als Entlastung empfunden wird. Das Wiederentdecken und Aktivieren eigener Handlungsmöglichkeiten sowie die notwendige Zuwendung zur eigenen Person und den eigenen Bedürfnissen sind wichtige Themen in der Gruppe.

Die Gesprächsatmosphäre ist wertschätzend, rücksichtsvoll und vertraulich und jede/r Teilnehme/r hat die Möglichkeit sich einzubringen und am Gespräch teilzunehmen.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

Kontakt

NIDRO Speyer
Heydenreichstr. 6
67346 Speyer

Tel.: 06232 - 2 60 47
e-Mail: Nidro-SP@ludwigsmuehle.de

Kooperationspartner

Therapieverbund Ludwigsmühle



EL-dro-ST[®]
Elternselbsthilfe

AnNa

ist entstanden aus einer Initiative der AnNetGruppe TVL - Landau in der Pfalz

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages



AnNa AngehörigenNetzwerk LandAu



Unterstützung für Angehörige Suchtkranker



›Empowerment‹ als gemeinsames Bewirken von Veränderung – unsere Initiative ›AnNa‹.

Unser Anliegen...

Wenn Betroffene eine ambulante oder stationäre Therapie beginnen, erleben Angehörige manchmal ein Gefühl von Ratlosigkeit und auch Einsamkeit. Zwar wird den Betroffenen nun professionelle Hilfe zuteil, doch was ist mit den Angehörigen? Wo gibt es andere Menschen, die uns Angehörige verstehen und unterstützen?

Ebenso unterschiedlich wie unsere Lebensgeschichten und Erfahrungen als Angehörige, sind auch unsere Bedürfnisse nach Unterstützung und Verständnis. Hier gilt: "Es gibt für jeden einen passenden Rettungsring. Ausprobieren lohnt sich!"

Als Initiative AnNa-Angehörigennetzwerk Landau haben wir Unterstützungsangebote für Angehörige in Landau und Umgebung in diesem Flyer für Sie gesammelt. Als Angehörige wissen wir selbst: Der erste Schritt in Richtung Hilfe ist kein einfacher - aber: Wir freuen uns auf Sie!



AL-ANON

Angehörige und Freunde von alkoholkranken Menschen leiden genauso unter der Sucht, denn egal wer trinkt, betroffen sind alle.

Kontakt

Sie suchen Hilfe?
Für Umgebung Landau Kontakttelefon:
06232 - 87 192 82 Hannelore

Finden Sie Ihre Gruppe unter
www.al-anon.de



EL-dro-ST e.V.:

Elternkreis drogenabhängiger und drogengefährdeter Söhne und Töchter für Karlsruhe und Umgebung

WIR SIND...

Eltern, die aus ihrer persönlichen Betroffenheit Mut zum Handeln gefunden haben.

WIR WOLLEN...

gegen Angst, Verzweiflung und Mutlosigkeit gemeinsam angehen. Wir wollen mutmachen, im gemeinsamen Handeln neue Wege zu gehen.

WIR BIETEN...

Informationen durch Eltern sowie Informationen durch Fachleute, Hilfestellungen durch gegenseitigen Erfahrungsaustausch und Seminare zum Thema.

Kontakt

Tel.: 07232 - 31 345 21
e-Mail: info@eldro-st.de

www.eldro-st.de



Der Austausch von Angehörigen, Betroffenen und Fachkräften war eine sehr emotionale, aber auch Augen-öffnende Erfahrung.

Kommentar der Gruppe: Auch über das AnNet-Projekt hinaus wollen wir im Kontext des Landauer Angehörigennetzwerks »AnNa« weitere dialogische Austausche für Interessierte Betroffene, Angehörige und Fachkräfte organisieren.

Forschung ist das sog. Empowerment oder auch die »Befähigung und Ermächtigung« im Umgang mit Herausforderungen und Hilflosigkeit. Empowerment geht dabei über »Schulungen«, Informationsvermittlung und **Psychoedukation** hinaus und umfasst auch das kritische Diskutieren, »voneinander Lernen« und das »gemeinsam etwas verändern« im Kontext partizipativer Forschung^{1,7}. Wie haben wir als Gruppe von über 14 Angehörigen »Empowerment« in unserem gemeinsamen Forschungsprozess erlebt?

Beim »Verstehen« und im Umgang mit dem Thema Sucht hat uns der Austausch mit den Rehabilitanden, den Angehörigen und den Therapeuten der Ludwigmühle (Villa Maria und Klinik Transparent) und der LWL Klinik geholfen, Suchterkrankungen und die Rolle Angehöriger durch deren Augen zu sehen und von ihnen als Erfahrungs- und Praxisexperten zu lernen. Gerade der Austausch mit den Betroffenen war eine sehr emotionale, aber auch augenöffnende Erfahrung, die in Deutschland bisher noch viel zu selten – z. B. in der LWL Klinik (vgl. »Neue Hilfsangebote für Angehörige«) – und vor allem im psychiatrischen Kontext – z. B. im Dialogansatz⁸ – ihren Einsatz findet. Im Rahmen unserer »**trialogisch-inspirierten Austausche**« haben uns die Rehabilitanden und Behandler auf einen sehr wichtigen Punkt hingewiesen: Als Angehörige können wir Unterstützung anbie-

Kommentar der Gruppe: Psychoedukation ist für uns die Vermittlung von Wissen über die Suchterkrankung, aber auch über die Belastungen und Herausforderungen der Angehörigen. Wir hoffen, mit dem AnNet-Arbeitsbuch zur Psychoedukation von Angehörigen, Betroffenen, Praktikern und Entscheidern beizutragen.

Kommentar der Gruppe: Wie lassen sich Behandlungsquoten erhöhen und Abbruchquoten in der Suchtbehandlung senken? Zur Beantwortung dieser Fragen könnten sicherlich auch partizipative Forschungsansätze, die auf dem Dialoggedanken basieren und die Perspektiven von Betroffenen, Fachkräften und Angehörigen einbeziehen, eine Menge zu beitragen.

ten, die Entscheidung, diese in Anspruch zu nehmen, bleibt aber bei den Betroffenen. Die Einsicht, eine »Veränderung«, die Inanspruchnahme von Hilfe, oder eine Abstinenz bei den Betroffenen als Angehörige nicht bewirken zu können, ist für viele von uns eine Erfahrung von Machtlosigkeit, die nur schwer auszuhalten war und ist. Hier hoffen wir weiterhin auf neue Behandlungswege- und Methoden für die Betroffenen. Gleichzeitig sind aber gerade in solchen Situationen erlebter Machtlosigkeit Unterstützungsangebote wie z. B. die Selbsthilfe für Angehörige besonders wichtig. Sie können helfen zu zeigen: »Du bist mit Blick auf die Sucht machtlos, aber deinem eigenen Leben nicht **hilflos ausgeliefert**«. Unterstützungs- und Behandlungsangebote für Angehörige und die gesamte Familie haben wir in der Villa Maria und der LWL Klinik erforscht und in ihrer Relevanz für Angehörige in ganz Deutschland diskutiert. Durch den Austausch mit den Praxisexperten (Villa Maria, Ludwigmühle, LWL Klinik) konnten wir die aktuelle Unterstützungslage Angehöriger – wie wir sie selbst täglich erleben – noch besser in den Kontext aktueller Gesundheits- und Suchtpolitik einordnen und nachvollziehen. Innerhalb dieses Kontextes fehlen momentan politische Rahmenbedingungen, um passgenaue

Kommentare der Gruppe: Was hat uns die Zusammenarbeit im AnNet-Projekt und bei der AnNa Initiative gebracht?

Aus dem Projekt habe ich Kontakte zu anderen Angehörigen mitgenommen, mit denen ich sehr offen über die Problematik reden kann. Ich habe Kontakte zur Selbst- und Suchthilfe geknüpft, die mir auch über das AnNet-Projekt hinaus helfen, im Alltag nicht nur handlungsfähig zu bleiben, sondern das Leben auch zu genießen.

Auch die Selbsthilfe muss sich kontinuierlich weiterentwickeln, um für ihre Mitglieder »attraktiv« zu bleiben. Aus dem Projekt habe ich Ideen für die eigene Selbsthilfegruppe z. B. rund um das Thema Internet, aber auch Vernetzungsarbeit mitgenommen.

Die Treffen und auch das gemeinsame Forschen habe ich als sehr »frei« erlebt. Statt hoffnungslos und ängstlich zu sein, hatte man das Gefühl und das Erlebnis, gemeinsam etwas bewirken zu können. Es ist schade, dass das Projekt endet.

Ich befürchte, im Anschluss an AnNet in ein Vakuum zu fallen. Eine Fortführung der Gruppen oder auch ein Online-Forum für die AnNet-Angehörigen wäre hilfreich.

Marions Idee, Vor-Ort-Treffen und Online-Angebote zu vernetzen, war toll und es war schade, dass einem die Technik so oft einen Strich durch die Rechnung gemacht hat. Die Verknüpfung von Off- und Online hätte sicherlich zur weiteren Nachhaltigkeit des Projektes beigetragen.

In Landau sind wir stolz darauf, was wir in eineinhalb Jahren erforschen und bewirken konnten. Die Fortführung der Initiativen und die Vernetzung aus dem AnNet-Projekt ist an die AnNet-Angehörigen, die Suchthilfepartner und auch an die Selbsthilfegruppen gebunden, die über ihre Teilnehmer im AnNet-Projekt vertreten waren. Hier wäre im Sinne der Projektsnachhaltigkeit schön, wenn z. B. das BMG weitere Anschlussförderungen zur Verfügung stellen könnte.

Genauso wie Familien bei Abstinenz lernen müssen, gemeinsam einen neuen Weg zu definieren und zu gehen, müssen auch wir bei uns in der AnNet-Gruppe Landau gemeinsam unseren weiteren Weg zusammen bestimmen. Ein Thema, das uns dabei begleiten könnte, wäre z. B. das Thema »Leben mit Sucht und Komorbiditäten« wie Erwachsenen-ADHS, denn nicht nur Süchte, sondern auch psychische Erkrankungen ändern sich im Lebensverlauf und darüber auch die Anforderungen, die sie an uns Angehörige stellen.

Einige von uns werden im Anschluss an das AnNet-Projekt sicherlich denken »Nun ist es erstmal gut« und wenden sich wieder anderen Dingen zu. Hier ist es schön zu wissen, dass wir eine Gruppenstruktur entwickelt haben, in der auch andere Angehörige und hoffentlich auch weitere nachkommende »Generationen« Rollen in unserer Gruppe übernehmen können und so die Kontinuität der Gruppe sichern. Kontinuität ist nämlich auch wichtig für diejenigen von uns, die erst einmal eine »Auszeit« brauchen, – denn: wenn z. B. alte Dinge wieder »hochkommen«, dann wissen wir – da sind Leute, zu denen wir zurückkehren können und die uns verstehen.

Fachbücher können Wissen vermitteln, aber viele Fragen von uns Angehörigen an die Suchtkranken bleiben bestehen (z. B. »was war der Auslöser«, »wie war Dein Weg«, »was hat die Sucht mit dir gemacht«) und bei den Antworten können uns nur die Erfahrungsexperten – d. h. die Betroffenen aus unseren Familien, aber auch andere Betroffene – helfen. Beim Austausch mit den Rehabilitanden und den Fachkräften haben wir erlebt, dass es solche »offenen Fragen« auch an die Angehörigen gibt. Ein regelmäßiger, dialogisch angelegter Austausch von Selbsthilfe, Angehörigen und Fachkräften im Klinikkontext könnte hier allen Seiten zugutekommen und ist daher ein Konzept, dass wir im Rahmen der AnNa-Initiative gerne weiterführen möchten.

Unterstützung für alle Angehörigen gesamtgesellschaftlich zu stärken und notwendige Finanzierungsmodelle und Strukturen zu ermöglichen. Einrichtungen wie der Therapieverbund Ludwigmühle und die LWL Klinik tun mit ihren Mitarbeitern in solchen Konstellationen ihr Möglichstes und bewirken – wie sicherlich auch zahlreiche andere Einrichtungen in ganz Deutschland – viel Positives für uns Angehörige⁹. Dafür sind wir sehr dankbar.

Mit der Frage, wie Angehörige in den Behandlungsprozess einbezogen werden können und wollen, haben wir uns im Rahmen unserer eigenen Forschung⁹ (vgl. »Neue Hilfsangebote für Angehörige«, »Klinik Transparent«) auseinandergesetzt. Hier wurden für uns erneut die vielfältigen Einbeziehungs-, aber auch die Unterstützungsbedürfnisse von Angehörigen im Suchthilfeprozess deutlich: Suchthilfe

kann uns im Alltag entlasten, Ängste abbauen und unsere Hilfeinanspruchnahme und Gesundheit fördern. Gleichzeitig gerät professionelle Suchthilfe, u. a. durch Rahmenvorgaben der Kostenträger in der Unterstützung Angehöriger, an ihre Grenzen. Nicht nur dann übernimmt die Selbsthilfe eine wichtige Rolle für viele Angehörige. Doch: Während Betroffenen-Selbsthilfe bereits ein etablierter Teil des Suchthilfesystems ist, gerät Angehörigen-Selbsthilfe – so ist es unsere Erfahrung und so zeigen es auch Studien – in der Suchthilfe oftmals noch in den Hintergrund¹⁰. Um auf Hilfsbedarfe und Unterstützungsquellen für Angehörige hinzuweisen, haben wir nicht nur durch wissenschaftliche Artikel^{9,11} zum Forschungsstand beigetragen, sondern basierend auf unseren Forschungsergebnissen auch den Übersichtsflyer »**Angehörigennetzwerk Landau – AnNa**«

entwickelt, der Unterstützungsangebote aus Sucht- und Selbsthilfe (u. a. Al-Anon, Elternkreis, Angehörigengruppe TVL) bündelt. Ziel von AnNa ist es, Angehörigen(selbst)Hilfe als Akteur innerhalb regionaler Verbünde einzubinden, um Patienten- und Familienorientierung nicht nur in Leitbildern von Behandlungs- und Unterstützungseinrichtungen, sondern auch für andere Angehörige sichtbar zu machen und in der lokalen Unterstützungslandschaft zu verankern.

In unserer Gruppe haben Angehörigen- und Universitätsforscher, Erfahrungs- und Praxisexperten von Anfang an als Experten und Lernende auf Augenhöhe miteinander zur Situation Angehöriger geforscht, darauf aufbauend Strate-

gien zur weiteren Verbesserung der Unterstützungssituation Angehöriger entwickelt und diese in Initiativen wie AnNa für Angehörige in Landau und Umgebung umgesetzt. Zu diesem Erfolg trug nicht zuletzt die Offenheit des Geschäftsführers des Therapieverbundes – Dr. Dirk Kratz – und seines Teams bei, die uns allesamt einmalige Einblicke in die Suchtbehandlung und ihr Expertenwissen gewährten und unseren Forschungsprozess jederzeit mit Neugier, Flexibilität und Herzblut für die Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen begleiteten und unterstützten. Ihnen ist unser größter Dank geschuldet.

Was möchten wir aus Landau nach über einem Jahr partizipativer Forschung abschließend anderen Angehörigen

und Interessierten aus ganz Deutschland mit auf den Weg geben? Um Unterstützung für Angehörige und suchbetroffene Familien noch weiter zu verbessern, braucht es Offenheit, aber auch eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Kostenträgern, Angehörigen, Betroffenen, Behandlern und Politik, **denn nur du allein kannst es schaffen, aber du schaffst es nicht allein.**

Kommentar der Gruppe: Wir freuen uns über das Interesse des Bundesministeriums für Gesundheit an unseren Lebenslagen als Angehörige. Die Entscheidung des Bundesministeriums, Angehörige nicht ‚beforschen‘ zu lassen, sondern Angehörige direkt in den Forschungsprozess einzubeziehen, zeigt aus unserer Perspektive ein hohes Maß an Anerkennung für unsere Rolle als Erfahrungsexperten, das wir sehr zu schätzen wissen.

Wir danken daher dem Bundesministerium für Gesundheit für die Ermöglichung unseres AnNet-Projektes. Für einen weiteren Austausch stehen wir als Erfahrungsexperten gerne zur Verfügung.



Suchtbehandlung findet in Kliniken wie der Ludwigsmühle (im Bild), aber auch im Kontext aktueller Gesundheits- und Suchtpolitik statt.



Die professionelle Suchthilfe gerät u.a. durch Rahmenvorgaben der Kostenträger in der Unterstützung Angehöriger an ihre Grenzen.



Die Offenheit der Rehabilitanden, des Geschäftsführers des Therapieverbundes – Dr. Dirk Kratz – und seines Teams gewährte uns einmalige Einblicke.

QUELLENANGABEN LANDAU

1. Wang C, Burris MA. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ.* 1997;24(3):369-387.
2. Dahan R, Dick R, Moll S, Salwach E, Sherman D, Vengris J. Photovoice; 2007. <http://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/Photovoice-Manual.pdf>.
3. Klein M, Moesgen D, Bröning S, Thomasius R. Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken: *Das »Trampolin«-Programm*. 1st ed. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2013.
4. Flassbeck J. *Ich will mein Leben zurück!:* Selbsthilfe für Angehörige von Suchtkranken. 2. Druckaufl. Klett-Cotta; 2016.
5. Buchner UG. *Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspiel: Das psychoedukative Entlastungstraining ETAPPE*. 1st ed. Hogrefe; 2015.
6. Berberich-Haiser B, Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter (BVEK). Was tun bei Doppeldiagnosen? Erfahrungen und Sichtweisen betroffener Eltern. Vortrag bei der DHS Fachkonferenz »Abstinenz - Konsum - Kontrolle.« 2016. <http://www.dhs.de/dhs-veranstaltungen/rueckschau/fachkonferenz.html>.
7. Unger H von. *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Auflage: 2014. Wiesbaden: Springer VS; 2013.
8. Utschakowski J, Sielaff G, Bock T, Winter A. *Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie*. 1st ed. Köln: Psychiatrie Verlag; 2015.
9. Schnute M, AnNet Gruppe Therapieverbund Ludwigsmühle, Böker J, Lack J. Perspektiven Angehöriger auf ihre Einbeziehung in die Suchthilfe: Ergebnisse einer Photovoice Studie. under review; 2017.
10. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. DHS-Memorandum: Angehörige in der Sucht-Selbsthilfe. 2013. <http://www.dhs.de/arbeitsfelder/selbsthilfe.html>.
11. Schnute M, AnNet Family Member Groups. Transitions in care: What can family-members of people who struggle with substance use teach us about care integration? *Int J Integr Care*. 2017; in press.

Dieser Beitrag steht auch als elektronische Publikation im Internet zur kostenfreien Verfügung: DOI 10.18442/667

AnNet-GRUPPE MüZe, JESSICA BÖKER, JULIA LACK, MARION SCHNUTE

»FÜR JEDEN ANGEHÖRIGEN DAS PASSENDE ANGEBOT – FORSCHUNG UND VERNETZUNG IN UND AUS SALZGITTER«

Ein Rückblick auf acht Monate AnNet in Salzgitter:

In Salzgitter nahmen wir im Frühjahr 2016 als letzte AnNet-Gruppe mit der Ausrichtung einer Zukunftswerkstatt unsere Forschungsarbeit auf. Bereits während der Zukunftswerkstatt – unserem ersten Forschungsprojekt – die nicht nur Zulauf von Angehörigen aus Salzgitter und Braunschweig, sondern aus der gesamten Region Hannover, Wolfsburg und dem Harz erhielt, zeichnete sich bereits ab, wie der AnNet-Vernetzungsgedanke auch unsere weitere Forschungsarbeit prägen würde.

Bei unserem zweiten Forschungsprojekt stand das Thema »Netzwerk« dann auch gleich im Mittelpunkt. Um gemeinsam das Thema »Vernetzte Hilfe für Eltern und Lehrer suchtkrankgefährdeter und suchtkranker »Kinder« zu erforschen, kamen Angehörige aus ganz Niedersachsen zusammen. Das Thema »Prävention für suchtkranke »Kinder« und deren Eltern und Lehrer« hatten wir bereits in der Zukunftswerkstatt diskutiert, in der wir festhielten, dass besonders Jugendliche, die selbst konsumieren und/oder aus suchtkranken Familien stammen, nur schwer und dadurch häufig viel zu spät mit Hilfe in Kontakt kommen. Eine wichtige Rolle für Prävention und rechtzeitige Hilfe – so berichteten einige von uns aus

ihren Erfahrungen – spielen dabei die Eltern und Lehrer. Sie können wichtige Wege zur Hilfe aufzeigen, aber nur, wenn sie diese Wege und Hilfsquellen selbst kennen. Auf dem Bedarf und den Erfahrungen der Eltern aus dem AnNet-Projekt basierend und von Heike (Elternkreis Hildesheim), Christiane Aßmann (Suchthilfe Hildesheim) und Julia (AnNet Team) koordiniert, wurde in Anlehnung an die Dream Team-Initiative aus Peine die Initiative »EuLe – Eltern und Lehrer engagiert« entwickelt und umgesetzt.

Während sich EuLe in erster Linie mit den Themen »Prävention« und »Wege zur Hilfe für Angehörige und Betroffene« beschäftigte, zielte unsere nächste Forschungsfrage auf die Zeit während und nach einer Suchtbehandlung ab. Im Rahmen des dritten Forschungsprojektes »Abstinenz gemeinsam (er)leben« wollten wir nachvollziehen, welche (Behandlungs-) Wege zu einem abstinenter Leben führen können, wie Angehörige und Betroffene Abstinenz »erleben« und wie Selbst- und Suchthilfe Angehörige und Betroffene auf dem Weg in, aber auch durch dieses neue Leben begleiten können.

Unser viertes Forschungsprojekt war ein Gemeinschaftsanliegen von Angehörigen mehrerer AnNet-Gruppen und

wurde von den Gruppen Peine, Salzgitter und Landau gemeinsam vorbereitet und durchgeführt. Im Mittelpunkt stand die Frage: »Wie können Angehörige – unabhängig von der Behandlung der Suchtkranken durch Selbst- und Suchthilfe Unterstützung finden, die besonders auf die Herausforderungen Angehöriger und das Leben mit Sucht

zugeschnitten ist?« Dieser Frage sind wir im Austausch mit Jens Flassbeck, seiner Kollegin Roswitha Stender und der Angehörigengruppe der LWL-Klinik Gütersloh auf den Grund gegangen. Die Ergebnisse lassen sich im Arbeitsbuch im Kapitel der AnNet-Gruppe Landau nachlesen.



Hilfe für betroffene Jugendliche



Abstinenz gemeinsam (er)leben



Unterstützung für Angehörige

Forschungsthema 1: Was Angehörige wollen – Die AnNet Zukunftswerkstatt

Sucht betrifft oft die gesamte Familie. Doch während es für Suchtkranke von vollstationären bis zu ambulanten Angeboten eine Vielzahl an Unterstützungsmöglichkeiten gibt, ist der Weg zur Hilfe für ihre Angehörigen oft langwierig:

»Auf der einen Seite sind es oft Scham- und Schuldgefühle, aber mancherorts auch fehlende Unterstützungsangebote, die den ersten Schritt in Richtung Hilfe für Angehörige erschweren. Selbsthilfegruppen und Psychotherapeuten sind häufig eine wichtige Anlaufstelle, doch mangelt es letzteren oft an Fachwissen und Offenheit für die Suchtproblematik. Suchtberatungsstellen sind vielerorts Experten für das Thema Sucht, doch ist hier Unterstützung für Angehörige noch oft an die Behandlung der Suchterkrankten geknüpft, oder auf wenige Stunden beschränkt und oft stehen die Suchtkranken im Mittelpunkt. Als Angehörige mal eine Auszeit, z. B. eine Kur, zu bekommen, ist fast unmöglich. Kinder aus suchtkranker Familie bleiben häufig noch außen vor, besonders wenn sie im Teenageralter sind oder als »erwachsene Kinder« Hilfe benötigen.«



Katrin Vossage und Juliane Schindler,
Dipl. Sozialpädagogin und Suchttherapeutin,
Fachambulanz Wolfenbüttel der Lukas-Werk Gesundheitsdienste

»Da die Suchterkrankung das gesamte Umfeld betrifft, wünschen wir uns für die Partner/Innen weitere strukturierte und differenzierte Hilfsangebote, um Folgeerkrankungen aus dem Bereich der Psychosomatik oder auch Suchterkrankungen zu vermeiden.«

So fassen Angehörige aus dem AnNet Projekt die aktuelle Unterstützungssituation vieler Angehöriger zusammen (AnNet Gruppe Peine, Tankstellen und Baustellen).

Eine Einschätzung, mit der sich Sozialtherapeutin Katrin Vossage und das Team vom Lukas- Werk Wolfenbüttel nicht zufriedengeben wollen:

»Die Unterstützung Angehöriger ist in Deutschland an bestimmte Rahmenbedingungen gebunden, innerhalb derer wir mit den Angehörigen arbeiten können. Aus unserer täglichen Arbeit wissen wir aber um die besonderen Herausforderungen der Angehörigen und möchten gerne versuchen im Rahmen des Möglichen unsere Unterstützungsangebote für betroffene Familien noch weiter zu verbessern – z. B. durch weitere Vernetzung mit der Selbsthilfe und auch unabhängig davon, ob z. B. das suchterkrankte Familienmitglied bei uns in Behandlung ist oder nicht.«

Zur Verbesserung bestehender und zur Entwicklung neuer Angebote für Angehörige und Familien haben wir gemeinsam mit dem Team vom Lukas-Werk Wolfenbüttel eine Zukunftswerkstatt zum Thema »Was Angehörige wollen« durchgeführt.

WAS IST EINE ZUKUNFTSWERKSTATT?

Eine Zukunftswerkstatt¹ besteht häufig aus drei Schritten: der Kritik-, Visionen- und Umsetzungsphase. Seit den sechziger Jahren ist die Zukunftswerkstatt bei Unternehmen, aber z. B. auch in der Städteplanung als ein vielfältiges Verfahren zur Freisetzung von Kreativität und zum Austausch und zur Entwicklung von »wünschenswerten« Leitbildern und Visionen im Einsatz. In unserer Zukunftswerkstatt haben wir uns an drei Arbeitsschritten orientiert:

1. Kritik und Bestandsaufnahme: Beginnen Sie die Gruppenarbeit mit einer Kritikphase und einer Bestandsaufnahme. Beleuchten Sie Ihren Alltag als Angehörige, Mitglieder einer Selbsthilfegruppe oder professionelle Helfer aus einer kritischen Perspektive. Hier darf gerne von positiven Erlebnis-



sen, aber auch »ungeschönt« aus dem Alltag berichtet werden. Häufig werden so innerhalb kurzer Zeit eine Vielzahl von Kritikpunkten gesammelt, die aus der Sicht der Beteiligten veränderungswert sind.

2. Phantasie und Vision: Nachdem Sie in der Gruppe Kritik und Erfahrungen geäußert und vielleicht auch ein bisschen »Dampf abgelassen« haben, laden wir Sie nun auf eine Reise ein. Stellen Sie sich vor, Sie befänden sich im Jahre 2020 und die beklagten Missstände hätten sich völlig nach Ihren Wünschen und Vorstellungen verändert. Wichtig ist dabei die Vorstellung, dass im Jahr 2020 alles möglich ist. Wie sähe eine solche Welt für Angehörige, Selbsthilfegruppen und auch die Helfer aus der Suchthilfe aus?

3. Realisierungsempfehlungen: In der Realisierungsphase geht es zunächst darum, aus den Visionen diejenigen Ideen, Projekte usw. herauszuarbeiten, an deren Umsetzung Interesse besteht. Gehen Sie dazu in Teilschritten von Ihrer Zukunftsvision, deren Realisierung Sie z. B. im Jahr 2020 ansetzen, in die Gegenwart zurück. Die Frage lautet: Was muss bis 2020 geschehen? Was bis 2018? Was bis Dezember 2016? Welche konkreten Schritte ließen sich z. B. schon heute unternehmen?

An der Zukunftswerkstatt nahmen 21 Angehörige aus Salzgitter und der weiteren Großraumregion Braunschweig – Wolfsburg – Harz und Hannover zusammen mit den Mitarbeiterinnen des Lukas-Werks Wolfenbüttel teil. Die Diskussionspunkte und Empfehlungen haben wir im Folgenden thematisch gebündelt:

THEMEN UND ERGEBNISSE AUS DER ZUKUNFTSWERKSTATT

1. Kommunikation mit Fachleuten: Behandler wissen häufig noch zu wenig über Angehörige

• Einbeziehung Angehöriger in die Behandlung:

Ärzte haben für Angehörige oft keine Zeit, um zu erklären, was z. B. durch die Psychose eines drogenkranken ›Kindes‹ auf die Eltern zukommt. Das Abschlussgespräch (z. B. nach einem Klinikaufenthalt) findet teilweise ohne die Eltern statt, obwohl diese oft nicht wissen, wie der weitere Krankheitsverlauf aussieht und wo sie Hilfe finden können.

- **Diagnosen als Schlüssel zur Hilfe:** Co-Abhängigkeit von Angehörigen stellt für professionelle Helfer und Kostenträger noch keinen Handlungsbedarf dar. Ohne Diagnose (für die Erkrankten und die oftmals ebenfalls belasteten Angehörigen) gibt es keine Hilfe für die Angehörigen.

EMPFEHLUNGEN AUS DER ZUKUNFTSWERKSTATT:

• Angehörigenzentrierte Aus- und Weiterbildung:

Hausärzte und Therapeuten sollten mehr zum Thema ›Angehörige‹ geschult werden. Suchtprävention fängt »klein«, d. h. während der Ausbildung, an. Die medizinische Ausbildung sollte den Fokus mehr auf das Thema Sucht und Angehörige lenken. Auch an den Angehörigen kann man z. B. über die Krankheitsbilder die Familienkrankheit erkennen und der Hausarzt könnte hier **Probleme ansprechen**.

- **Antworten einfordern:** Selbsthilfegruppen können z. B. Eltern motivieren, mit dem Behandler in Kontakt zu kommen und Fragen zu stellen (›Was ist nach der Behandlung?‹). Fordert Antworten und Hilfe für Euch als Angehörige ein – von nichts kommt oft nichts!

- **Auch Angehörige haben Rechte:** Die Familie wünscht sich oft Informationen über die Diagnose und den Krank-

heitsverlauf. Das ist über eine Schweigepflichtenbindung möglich. Mit einer solchen bekommt die Familie die Chance, eine Einbeziehung in die Behandlung notfalls auch einfordern zu können.

- **Partizipation im Behandlungsalltag:** Strukturen in den Kliniken und Hilfseinrichtungen müssen sich vielerorts ändern, z. B. mithilfe von Angehörigenbroschüren und familienorientierten Leitbildern, die vermitteln: Auch Angehörige sind in der Einrichtung willkommen (vgl. »Auch Männer dürfen in den Kreissaal«). Angehörigenräte können wie Betroffenenräte dazu beitragen, vorhandene Strukturen und asymmetrische Machtmuster, bei denen der Behandler die Entscheidungen ›alleine‹ trifft, zu verändern. Eine solche Einbeziehung und Partizipation von Betroffenen und Angehörigen könnte auch helfen, das schlechte Image einiger Kliniken positiv zu verändern.

- **Vernetzte Zusammenarbeit:** Arzt, (Schul-)Psychologe und Sozialarbeiter sollten z. B. im Rahmen von »Trampolin erweitert« zusammenarbeiten. Sie sollten die Menschen noch stärker ganzheitlich betrachten, anstatt nur auf Symptome der eigenen Disziplin zu schauen.



Ärzte können zur Transparenz im Behandlungsprozess beitragen

Kommentar der Gruppe: Dazu hat die AnNet Gruppe Peine einen Leitfaden zur angehörigenzentrierten Gesprächsführung zusammengestellt (vgl. Abschnitt »Symptome mit System«)

2. Einbeziehung Angehöriger in die Suchttherapie:

Nach der Therapie geht es erst richtig los

- **Angehörigenkontakt läuft bisher häufig nur über die Betroffenen:**

Der Kostenträger gibt viele Inhalte der Therapie vor, der Therapeut definiert die genaueren Inhalte. Der Suchtkranke kann sich den Inhalten manchmal verweigern und den Therapeuten sind in diesen Fällen die Hände gebunden. Die Angehörigen können sie nur über Umwege erreichen, d. h. Angehörigenkontakt funktioniert oft nur über die Betroffenen. Wie kann die Suchthilfe hier die »Zugangswege« zu Angehörigen verbessern, wenn die suchtbetroffene Person z. B. deren Einbeziehung verweigert?

- **Abstinenz leben:** Wie geht man mit dem, was man selber als Angehöriger erlebt hat, um? Angehörige können das Erlebte oft nicht vergessen und wieder Vertrauen zu fassen ist schwer. Wie kommt man vom »Opfer«- und »Täter«-Denken weg?

- **Was passiert in der Suchttherapie:** Wie werden Suchtkranke auf das Leben mit den Angehörigen vorbereitet? Wie werden Suchtkranke auf das trockene Familienleben vorbereitet? Welche Hilfen gibt es für Angehörige für das »Leben mit Abstinenz«?

- **Angehörige als Co-Therapeuten:** Für Angehörige fühlt es sich manchmal so an, als würden sie von professionellen Hilfsangeboten »genutzt« werden, um an die Suchtkranken »heran zu kommen«, sodass das Interesse hinter Angeboten »für« Angehörige (z. B. Angehörigensprechstunden, Trainings für Angehörige) eigentlich nicht den Angehörigen, sondern der Kontaktaufnahme zu den kostenmäßig abrechenbaren Suchtkranken gilt. Informationen zur Krankheit werden am Telefon durch die Behandler nicht immer weiter gegeben, aber die Familie wird oft noch über das Telefon kontaktiert, wenn z.B. eine Anschlussbehandlung bzw. Hilfe durch das soziale Umfeld im Anschluss an die Behandlung notwendig ist. Vom vermeintlichen Unterstützer der Sucht (Stichwort »co-abhängiger Unterstützer«) wird man als Angehöriger

zum Unterstützer der Behandlung. Angehörige müssen die Chance und auch die Zeit bekommen, selbst Angebote für sich in Anspruch zu nehmen. Es muss Normalität werden, dass auch die Helfer sich Zeit nehmen dürfen. Obwohl Angehörige nicht in allen Fällen vom Hilfesystem zum Gehilfen gemacht werden, kommt es dennoch häufig zu fremdbestimmten Verpflichtungen. Persönliche Grenzen der Belastbarkeit von Angehörigen werden manchmal weder von Ärzten noch von anderen Behandlern der Suchtkranken eingehalten. Dies geschieht zum einen bestimmt aus Kostengründen und liegt zum anderen manchmal aber auch in der Arbeitshaltung der Professionellen begründet.

EMPFEHLUNGEN AUS DER ZUKUNFTSWERKSTATT:

- **Gemeinsame Therapie:** Angehörige und Betroffene denken häufig noch in »schwarz weiß«. Eine wichtige Rolle spielen dabei Schuld und Scham. »Bunt« findet in der Veränderung beider Seiten statt. Welche Vorteile hätte eine gemeinsame Therapie für Angehörige und Betroffene? Welche Vorteile hätte eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe für Angehörige und Suchthilfe? Vielleicht könnte ein **Ge-sprächsleitfaden** dabei helfen, dass Angehörige, Betroffene und Suchthilfe in einen Austausch miteinander kommen, um die eigenen Verhaltensmuster, aber auch den Gegenüber, zu verstehen. Eine Gruppentherapie von Suchtbetroffenen und Angehörigen würde das Familienthema wieder in den Vordergrund rücken. Sie sollte dennoch keineswegs die einzige Hilfsmöglichkeit für Angehörige darstellen.

- **Selbsteinsicht kommt vor Familieneinsicht:**

Angehörige erwarten manchmal Patentrezepte von der Hilfe für die Betroffenen, damit z.B. in vier Wochen alles gut wird. Die Erwartung ist häufig: »Nach der Therapie ist alles wie vor der Sucht, oder noch besser.« Aber unsere Erfahrung als Angehörige zeigt: Man muss selbst etwas tun. Helfen heißt nicht, dass alles beim Alten bleibt. Viele Angehörige denken: »Wir wollen uns nicht verändern, wir wollen nur den Kindern, Ehemännern etc. – also den Betroffenen – helfen.«

In solchen Fällen sagen wir in der Selbsthilfegruppe: »Wenn Du Dich nicht verändern willst, dann leidest Du noch nicht genug.« Das klingt erst einmal drastisch. So ist Selbsthilfe jedoch nicht immer, denn Angehörige brauchen ihren »geschützten Raum«, in dem sie unabhängig vom Suchtkranken Hilfe erfahren und ihre Erwartungen »neu sortieren« können.

- **Lösung Therapievertrag?** Wäre ein Therapievertrag mit den Betroffenen, der die Kontaktaufnahme zu den Angehörigen »regelt« eine Möglichkeit, mehr Angehörige zu erreichen? Darf in einem solchen Vertrag die Erlaubnis für eine Kontaktaufnahme mit den Angehörigen festgehalten werden, oder würden dadurch die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen verletzt? Aber sind nicht auch die Angehörigen erkrankt und gehören in die Suchthilfe genauso wie der Suchtkranke?

- **Mehr Transparenz in der Behandlung:** Behandler sollten bei Angehörigen und Betroffenen keine unrealistischen Erwartungen wecken – Ein Rückfall gehört oft zur Sucht dazu. Das müssen jedoch die Angehörigen und auch die Gesellschaft oft noch lernen. Therapieziele müssen transparent gestaltet werden. Therapie ist oft der Anfang, aber nicht der Schlüssel zu allem.

- **Einbeziehung statt Entmächtigung:** Nicht jeder Angehörige ist gleich, wenn es um »seine« Rolle in der Behandlung der Betroffenen geht. Fragen Sie als Behandler der Suchtkranken Angehörige - wie bereits schon einige Ihrer Kollegen - nach eigenen Wünschen, Erwartungen, Ängsten und Zielen mit Blick auf die Behandlung und das Leben danach. Machen Sie Angehörige nicht ungewollt zu Co-Therapeuten, denen keine Therapie beibringt »Nein« zu sagen.

Kommentar der Gruppe: Mögliche Themen für einen solchen Leitfaden wären: Was wünschen sich Suchtkranke von Angehörigen? Was wünschen sich Angehörige von Suchtkranken? Was wünschen sich Angehörige von den Unterstützungseinrichtungen und welche Wünsche haben die Unterstützer an Angehörige und Suchtkranke?

3. Stigma Sucht und Co-Abhängigkeit

- **Das Doppelgesicht des Co-Abhängigkeitsbegriffs:**

Der Begriff ›Co-abhängig‹ ist für Viele von uns ein ›negativ Stempel‹ für Angehörige. Gleichzeitig ist er auch ein Schlüssel zu Hilfe (Suchmaschinenoptimierung). Selbsthilfegruppen schreiben durch die Verwendung des Co-Abhängigkeitsbegriffs manchmal an ihrem eigenen Stigma mit und unterstellen Angehörigen eine »Mit-schuld«. Gleichzeitig lassen sich z. B. online über die Verwendung des Begriffs »co-abhängig« viele Hilfesuchende erreichen.

- **Sucht wird als eigenes Versagen angesehen:** Schuld und Scham können auch bei Angehörigen die Hemmschwelle erhöhen, Gespräche mit Professionellen, z. B. in der Suchtberatung, in Anspruch zu nehmen, denn Schuld scheint oft noch ein großes Thema in der Familie zu sein.

- **Ratschläge sind auch Schläge:** Suchterkrankte sowie Angehörige werden noch immer durch Vorurteile stigmatisiert. Zwar wird Sucht offiziell als Krankheit angesehen, in der Gesellschaft und auch bei einigen Behandlern aber noch oft als individuelles Versagen betrachtet. Gutgemeinte und dennoch unangemessene Ratschläge helfen dabei niemandem.

EMPFEHLUNGEN AUS DER ZUKUNFTSWERKSTATT

- **Öffentlichkeit herstellen:** Bücher und Informationen für Angehörige, die wie unser AnNet Arbeitsbuch auch öffentlich zugänglich sind, sind wichtig für einen ›offenen‹ Umgang mit Sucht. Sucht wird häufig von Generation zu Generation weitergegeben und mithilfe von Informationen kann das Schweigen und die Weitergabe gebrochen werden. Veränderung zieht oft Veränderung nach sich.

- **Bewältigungsversuche und Individualität Angehöriger anerkennen:** Gibt es wirklich ›den Angehörigen‹? Auch pflegende Angehörige legen ähnliche Verhaltensweisen wie Angehörige Suchtkranker an den Tag, werden aber nicht als »co-abhängig« stigmatisiert. Man braucht individuelle Beschreibungen, um zu begreifen, wie viele Angehörige versuchen, aus Liebe das Richtige zu tun.

- **Neue Begrifflichkeiten schaffen neue Realitäten:**

Mit der Diagnose (Drogen vs. Sucht) ist man manchmal machtlos, wenn man Hilfe sucht, da einige Kliniken z. B. einen Alkoholentzug durchführen, aber keine Drogenentgiftung anbieten. Auch gilt es, das Stigma aus der Illegalität (von Drogen) aufzulösen. Das Mittel ist oft nur das Symptom und man könnte anstatt von illegalen und nicht-illegalen Drogen allgemein von »Suchtmitteln« oder »Drogen« sprechen. Neue Begrifflichkeiten schaffen neue Realitäten. Dies gilt auch für die Entgiftung im Krankenhaus, wenn es z. B. eine Entgiftungsstation für alle Suchtmittel gibt.

- **Darüber sprechen – auch am Arbeitsplatz:** Auch bei Arbeitgebern ist häufig noch ein Umdenken wichtig – sie sollten hinschauen, anstatt wegzuschauen (›der hat seine Probleme schon im Griff‹) und eventuell handeln. Sowohl bei den Suchtkranken, als auch bei den Angehörigen. Denn: Auch Angehörige können durch die Suchterkrankung einer nahe stehenden Person selbst körperlich oder psychisch krank werden. Betriebe könnten hier wichtige Präventionsarbeit leisten. Diese käme nicht nur den Angehörigen, sondern auch den Betrieben zu Gute, denn wir leben in einer alternden Gesellschaft und Fachkräfte werden gebraucht.



Aus Liebe handeln und doch den Kindern manchmal zuviel zumuten

4. Passgenauigkeit und Zugänglichkeit von Hilfen für Suchtkranke und Familien

- **Hilfe finden im Alltagsdschungel:** Leben mit Sucht gleicht oft einer Fahrt auf der Achterbahn oder einem einzigen Durcheinander – besonders, wenn man sich mittendrin befindet. Wo soll man als Angehöriger dann noch Hilfe für die Betroffenen und sich selbst finden?
- **Ein kleines Fenster:** Die Therapiemotivation Betroffener fällt oft in ein kleines Zeitfenster. Demotiviertheit resultiert z. B. schon durch eine lange Antragsphase auf dem Weg zur Therapiebewilligung. Der erste Schritt für Betroffene in Richtung Hilfe ist oft der schwerste und Angehörige sind hier besonders ge- und auch überfordert. Schnelle Aufnahmen der Betroffenen zur Entgiftung oder in eine Therapie sind manchmal ohne »Suizidgefährdungstricks« nicht möglich. Krankenhäuser lehnen Entgiftungen an vielen Orten ab und verweisen die Betroffenen gleich an die Psychiatrie, was zusätzlich stigmatisiert.

- **Die Grenzen der Selbsthilfe:** Trotz des gegenseitigen Verständnisses kommt Selbsthilfe fachlich auch an ihre Grenzen. Manchmal fehlt es bei den Angehörigen, aber auch in den Gruppen an Kapazitäten, um den Fokus wieder zurück von den Suchterkrankten auf die Angehörigen zu lenken.
- **Angehörige in der Suchthilfe:** Kontakt Angehöriger mit Beratungsstellen erfolgt nicht immer auf Augenhöhe, obwohl das wünschenswert wäre. Es ist oft eine intensive »Vorarbeit« nötig, ehe ein Angehöriger einer Einrichtung Geld einbringt und der Betroffene muss sich dafür meistens bereits in therapeutischer Behandlung befinden. Gegenseitige Wertschätzung wäre wichtig – auch von Seiten der Selbsthilfe. Dort kann es ebenfalls Vorbehalte und Abgrenzungstendenzen gegenüber den professionellen Helfern geben, wenn Angehörige sich als »Zugang zu den Suchtkranken« und »Co-Therapeuten« ausgenutzt, in ihrer Erfahrung nicht wertgeschätzt und vielleicht sogar als »Mitverursacher der Sucht« stigmatisiert fühlen und sich in ihren eigenen Herausforderungen als »unsichtbar« erleben (vgl. Dream Team).

EMPFEHLUNGEN AUS DER ZUKUNFTSWERKSTATT

- **Gesundheitszentren als »Hilfen unter einem Dach«:**

Gesundheitszentren mit verschiedenen Hilfen unter einem Dach und eine Vernetzung der Selbsthilfegruppen können helfen, noch mehr Angehörige und Betroffene in ihrem »Alltagsdschungel« zu erreichen. Auch Hilfe und Lotsen bei Antragstellungen und bei der Navigation durch ein gesundheitspolitisches Umfeld, in dem Hilfeleistung durch finanzielle Engpässe verhindert wird, wären wünschenswert. Insgesamt sollte gelten: Prävention vor Intervention, Aufstockungen statt Kürzungen und unbürokratische Zugänge statt Bürokratie.

- **Empathie für Biographie:** »Das Gläschen Bier am Abend...«. Einige von uns erleben, wie Betroffene ihren Konsum z. B. vor Hausärzten oder im Krankenhaus herunterspielen. Wenn nicht andere Befunde wie z. B. Leberwerte einen Anhaltspunkt für die Ärzte geben, dann stehen wir Angehörige häufig hilflos daneben. Auch Ärzte müssen für das Suchtproblem empathisch sensibilisiert werden. Kollegen an manchen Orten können hier mit gutem Beispiel voran

gehen. Denn aus der Behandlung durch »solche Kollegen« wissen wir – Die Anamnese beim Hausarzt sollte z. B. biographisch und nicht auf Trinkmengen bezogen sein (»Trinken Sie regelmäßig Alkohol?«), um Gespräche zu eröffnen.

- **Komplexe Unterstützung für komplexe Krankheitsbilder:** Für Doppeldiagnosen² wird vielerorts ein einfacherer Zugang zu einer weitergehenden Therapie benötigt. Wartezeiten zu Fachkliniken können z. B. durch betreutes Wohnen bzw. ambulantes Wohnen und gemeinsame Wohngemeinschaften überbrückt werden, doch wieviele Angehörige wissen von dieser Möglichkeit?

- **Traumata:** Suchtkranke sind manchmal traumatisiert und auch Angehörige erleben zum Teil Traumatisches. Die nächste Traumatherapie ist besonders in ländlichen Bereichen manchmal über 100 Kilometer entfernt und hat eine Wartezeit von einem Jahr. Entscheidungen, sich in Therapie zu »wagen«, brechen so manchmal am System. Freunde, das Sozialsystem, aber auch dafür nicht ausgebildete Therapeuten und die Selbsthilfe kommen gerade auch bei Traumata häufig schnell an ihre Grenzen.



Oft gehört es zum Krankheitsbild,
niemanden hinter die Fassade gucken zu lassen.

- **Nachsorge statt Drehtüreffekt:** Entlassungen sollten zunehmend ohne ›Drehtüreffekt‹ erfolgen und die Betroffenen nicht direkt in die Verantwortung der ohnehin häufig schon überforderten Angehörigen übergeben werden. Lücken im Versorgungs- und auch im Informationssystem müssen geschlossen werden, z. B. durch Übergänge in betreutes Wohnen und Nachsorgeangebote. Problematisch ist unserer Erfahrung nach: Nach 24 Stunden haben auch die Richter nach Akuteinweisungen keine Handhabe mehr, Betroffene können sich ›selbst entlassen‹ und Angehörige sind hilflos. Zudem gehört es oft zum Krankheitsbild, niemanden hinter die Fassade gucken zu lassen, d. h. auch Behandler wissen manchmal auf Grundlage der Selbstaussagen der Kranken nicht, wie schlimm es zu Hause ›wirklich‹ ist.

- **Aufklärung und Transparenz auch für Angehörige –** und zwar mit Blick auf die Krankheit, aber auch auf die Rechte Angehöriger im Behandlungsalltag. Eine Klinik sollte nicht einfach mit der Aussage »Sie haben einen behinderten Sohn« nach Hause entlassen. Selbsthilfe kann hier Angehörige stärken, auch gegenüber der Klinik »Nein« zu sagen, denn seitens der Klinik besteht die Fürsorgepflicht, dass z. B. Hilfe gefunden wird, indem der Sohn in ein betreutes Wohnen kommt. Ein informiertes Auftreten der Angehörigen kann in dieser Hinsicht etwas bewirken.

- **Suchttherapie weiterdenken:** Sucht ist oft »mehr als nur« Sucht – »Machen wir die richtige Therapie? Sind drei Therapierichtungen genug?« – Was geschieht bei Traumata und Doppeldiagnosen? Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind sowohl für die Betroffenen als auch die Angehörigen oft zu lang.

- **Angehörige sind willkommen:** Angehörige wissen oft nicht, dass die Suchtberatung auch ihr Ansprechpartner ist und sie dort genauso wie der Suchterkrankte Beratungsangebote wahrnehmen können. Therapieinhalte und -stunden werden durch den Kostenträger vorgegeben, aber Stunden, die für die Angehörigen zur Verfügung stehen, werden von

den Angehörigen nur selten individuell ausgenutzt. Da ist auch die Suchthilfe hilflos. Wenn Angehörige z. B. Stunden oder Hilfen nicht in Anspruch nehmen, ist das auch ein Problem für die Angehörigen, denn diese sollten die Chance nutzen, sich zu verändern. Das Beibehalten und Nichterkennen alter Muster, Schuldzuschreibungen an Angehörige als Suchtverstärker, aber auch ›Krankheitsgewinne‹ aus Kontrolle, Macht und Mitleid können Barrieren für Angehörige sein, um Hilfe in Anspruch zu nehmen. Während Suchtkranke vielleicht denken: »Ich habe aufgehört zu trinken und er muss mir jetzt vertrauen«, denken Angehörige manchmal: »Er hat aufgehört zu trinken – warum kann ich ihm nicht vertrauen?«. Solche Denkmuster könnten ein Zeichen sein, dass beide Seiten noch an sich arbeiten müssen.

- **Leitfaden für die Zeit nach der Behandlung:** Rückfälle sind immer möglich. Ein Leitfaden für die Zeit nach der Behandlung (vgl. Abstinenz gemeinsam (er)leben) wäre für beide Seiten vielleicht von Vorteil. Wie muss eine gemeinsame Behandlung, die Betroffene und Angehörige auf das Leben nach der Behandlung vorbereitet, aussehen? Ist eine gemeinsame Behandlung für Betroffene und Angehörige überhaupt möglich und sinnvoll?

- **Therapiewartezeiten sind nicht nur bürokratische Probleme:** Kostenzusagen werden erteilt, aber Aufnahmen werden noch häufig abgelehnt, z.B. wenn Kliniken sich auf Krankheitsbilder spezialisieren, und Doppeldiagnosen² außen vor bleiben. Das beginnt oft schon zwischen verhaltens- und substanzbezogenen Süchten. Man hat die Eintrittskarte ins Hilfesystem, aber keiner nimmt den Betroffenen auf. Suchtpatienten sind oft keine Lieblingspatienten. Oftmals brechen sie die Therapie ab. Auch Angehörige brauchen eine Auszeit, die häufig nur während der stationären Therapie oder während einer psychosomatischen Reha (vgl. ›Symptome mit System‹) der Suchtkranken stattfindet. Zu überbrückende Wartezeiten sind daher häufig nicht nur belastend für die Betroffenen, sondern auch deren soziales Umfeld, welches die Wartezeit zu ›überbücken‹ hat.

- **Selbsthilfe stärken – von außen und von innen heraus:** Zur finanziellen Förderung der Selbsthilfe sollte es keine uneinheitlichen und jährlich veränderten Antragsformulare geben, denn das fordert Zeit, die der Selbsthilfe dann für die Hilfesuchenden fehlt. In einigen Selbsthilfegruppen wird das Durchschnittsalter an vielen Orten zu hoch und junge Menschen kommen nicht nach. Angehörige werden älter und Süchtige werden jünger: Hier besteht Handlungsbedarf, z. B. durch die Nutzung neuer Medien³. Stress und Belastung entsteht teilweise durch Selbsthilfegruppen selbst, wenn sich dort die Frustration wie in einem Karussell wiederholt und die Gruppenattraktivität durch Leidensgeschichten statt Erfolgsgeschichten gesenkt wird.

- **Produziert das Gesundheitssystem seine eigenen Patienten?** Angehörige sind nicht nur durch die Suchterkrankung, sondern auch durch Ausgrenzungen und Stigmatisierungen sowie Grenzüberschreitungen und Überbeanspruchungen im Gesundheitssystem oftmals einem ständigen Stress ausgesetzt. Burn-out und Behandlungskosten für Depressionen betreffen dabei nicht nur Angehörige, sondern auch Mitarbeiter (vgl. »Perspektiven angehender Fachkräfte). Bei der Rentenversicherung trauen sich nur die wenigsten von uns, bei einem ablehnenden Bescheid – z.B. für eine psychosomatische Reha – in den Widerspruch zu gehen. 2020 sollten Angehörige gestärkter sein, sich Hilfe zu suchen, weil sie wissen: es gibt Unterstützung.

5. Kinder in ›suchtkranken Familien‹

- Familien und Kinder erreichen:** Projekte wie »Trampolin«⁴ werden noch viel zu wenig bekannt gemacht. Familienhilfen und Unterstützung für die Kinder können Kinder häufig nicht erreichen, weil z. B. ihre Eltern eine Teilnahme unterbinden. Der Beziehungsaufbau zu den Kindern ist schwierig und stirbt auch aufgrund der Streichung von Mitteln ab. Kontakte von betroffenen Eltern mit dem Jugendamt und der Therapieeinrichtung sind wichtig. Kinder brauchen Struktur, Vertrauen und Selbstwertgefühl, bevor man sie überhaupt mit Suchtwissen konfrontieren sollte. Kinder sind loyal und brauchen Beziehungsarbeit bevor die ›eigentliche Arbeit‹ beginnen kann. Kooperationen und Netzwerke zwischen Suchthilfe, Jugendamt, Familienhilfe und Selbsthilfe wie bei Dream Team gibt es zu selten, dabei sind sie wichtig und notwendig.
- Die Jugendlichen nicht aus dem Blick verlieren:** Anders als die »kleineren Kinder« finden Jugendliche oft nur wenig bis gar keine Beachtung und sind auch durch Schulsozialarbeit nur schwer erreichbar.

Forschungsthema 2: »Vernetzte Hilfe für Eltern und Lehrer suchtgefährdeter und suchterkrankter »Kinder« – EuLe-Eltern und Lehrer engagiert

Einen Weg zu finden, Eltern und ihre suchtgefährdeten oder suchtkranken »Kinder« noch besser mit der Vielfalt vorhandener, lokaler Unterstützungsangebote zu vernetzen – dieser Herausforderung wollten wir uns bei »EuLe- Eltern und Lehrer engagiert« annehmen. Wir – das sind Heike (Elternkreis Hildesheim), Julia (AnNet-Team) und Christiane (Suchthilfe Hildesheim) – sind die gemeinsamen Koordinatorinnen von EuLe. Begleitet wurden wir von Marion, die auch Julias Forschungsarbeit zu den Eltern betreute.

ELTERN UND LEHRER ENGAGIERT – DER AUSGANGSPUNKT

Den Grundstein für unsere Initiative »EuLe- Eltern und Lehrer engagiert« legte vor allem die Aussage einer Mutter eines suchtbetroffenen »Kindes«, die während der AnNet Zukunftswerkstatt den Verlauf der Suchterkrankung ihres »Kindes« resümierte: *»Hätte ich früher Hilfe gefunden, wäre es nicht soweit gekommen.«*



Um gemeinsam das Thema »Vernetzte Hilfe für Eltern und Lehrer suchtgefährdeter und suchterkrankter Kinder und junger Erwachsener« zu erforschen, kamen Angehörige aus ganz Niedersachsen zusammen. Elternschaft – so ließ es sich aus den Beschreibungen der Eltern ablesen – endet nicht mit der Volljährigkeit des Kindes. Auch danach fühlen sich Eltern noch für ihre Kinder verantwortlich.

Scham, Selbstaufopferung, Ungewissheit, Verleugnung und Selbstvorwürfe spielen im Gefühlsleben der Eltern oft eine große Rolle. Damit Eltern in dieser schweren Zeit Unterstützung erhalten können, müssen die Eltern natürlich von Angeboten, die es für sie gibt, Kenntnis haben. Hier stellte sich im Rahmen des AnNet-Projekts und in Julias Forschungsarbeit⁹ heraus, dass der Weg ins Hilfesystem für Eltern oft noch ein langer ist, bis sie die für sie richtige Hilfe finden. Doch selbst, wenn ihnen Unterstützung angeboten wird bzw. sie diese finden, fällt es Eltern aufgrund von Scham und Loyalität gegenüber der Familie oft schwer, diese von außen anzunehmen. *»Wo finde ich Hilfe für mich?« »Darf ich alleine in eine Suchtberatungsstelle gehen oder muss ich erst mein Kind drängen, mit mir mitzukommen?« Was muss ich tun, damit mein Kind aufhört zu konsumieren?« »Was kann ich noch tun?« »Was habe ich nur falsch gemacht?«,* waren u. a. Fragen, die Eltern in unserem Projekt beschäftigten. Aber auch Erfahrungen wie: *»Ich habe mich verändert und dadurch hat auch mein Sohn sich verändert«, »Dort habe ich mich zum ersten Mal verstanden und nicht mehr allein gefühlt«,* bereicherten unsere Treffen. Es stellte sich heraus, dass viele Eltern lange nicht wussten, dass es Hilfe für sie gibt oder sie fanden die passende Hilfe für sich erst spät.

EuLe – WIE SICH EINE INITIATIVE BILDET:

Somit bildete sich mit Heike, Julia und Christiane als Koordinatorinnen und unserem Wissens-, Forschungs- und Erfahrungsstand, aber auch den offenen Fragen und Erfahrungen der Eltern aus dem AnNet Projekt als Erfahrungsexperten die Grundlage für die Initiative EuLe. Unser Anliegen war es, durch EuLe Eltern noch besser zu ermöglichen, die für sie richtige Hilfe zu finden und somit frühzeitig im Hilfesystem anzukommen.

Mit uns Koordinatorinnen hatten sich bereits verschiedene Hilfsangebote aus Sucht- und Selbsthilfe zusammengetan. Nun lautete die Frage: »Was gibt es noch für Angebote und

wie wollen wir diese Angebote sichtbar machen?« Die Antwort auf das »Wie« fanden wir mit der Gestaltung eines Flyers, der eine Vielzahl an Angeboten für Eltern in sich bündelt und wie in einem »Gemischtwarenladen« – ein Begriff, den wir aus der Zukunftswerkstatt in unsere Initiative übernommen hatten – eine »Auswahl« an Hilfsangeboten ermöglichen sollte. Durch die Kontaktaufnahme mit unterschiedlichen Vertretern der Sucht- und Selbsthilfe – welche wir zuvor u.a. durch die Übung »Baustellen und Tankstellen«, die AnNet Zukunftswerkstatt und Julias⁹ Befragung identifiziert hatten – wurden von uns unterschiedliche Vertreter verschiedener Angebote für Eltern suchterkrankter Kinder und Jugendlicher zum Mitwirken bei EuLe eingeladen. Dadurch entstand ein Flyer mit einer Auswahl von regionalen sowie überregionalen Angeboten für angehörige Eltern.



Christiane Aßmann
Soziale Arbeit/BA, Präventionsfachkraft in der Suchthilfe Hildesheim/Caritasverband für Stadt und Landkreis Hildesheim, Koordination HaLT-Projekt in Hildesheim.

»Aus den Erfahrungen in der Arbeit mit Suchterkrankten würde ich mir wünschen, dass die Angehörigen einen größeren Raum einnehmen. Dabei geht es darum, die Angehörigen einerseits selbstverständlich ins Hilfesystem zu integrieren, und sie andererseits zur Teilnahme am Gesundheitsprozess zu ermutigen und zu motivieren. Sie wissen oft nicht, wie wichtig Ihre Teilnahme ist.«

Den **Elternkreis Hildesheim** gibt es seit ca. 3 Jahren. Wir sind Eltern von Kindern mit problematischem Konsum. Alle Zwei Wochen treffen wir uns, um uns gegenseitig zu unterstützen. Unsere drei Säulen sind: Geborgenheit, Erfahrungsschatz und Hoffnung.

Das AnNet-Projekt hat uns geholfen den ersten Schritt in die Öffentlichkeit zu wagen.

»Wir würden uns wünschen, dass angehörige Eltern nicht mehr vom Umfeld durch Schuldzuschreibungen stigmatisiert werden, sodass es Eltern leichter fällt über ihre Situation zu sprechen und damit umzugehen.«



Image ©Santhosh Kumar,
Quelle: Elternkreis Hildesheim

DER EuLe-ABEND

Um zu schauen, ob der Flyer auch tatsächlich den Bedürfnissen der »Zielgruppe« – also den Bedürfnissen betroffener Eltern – entsprach, entschlossen wir uns zu einem »Feldtest«, wie ihn auch das Dream Team in Peine durchgeführt hatte. Wir organisierten daher einen EuLe-Abend um Feedback und Ergänzungen von »außen« zu erhalten und weitere Vernetzung anzuregen. Zum EuLe Abend luden wir jedoch nicht nur Eltern, sondern auch Lehrer ein, denn die Lehrer spielen ebenso eine wichtige Rolle für Prävention und rechtzeitige Hilfe – so berichteten einige von uns aus ihren Erfahrungen. Sind diese mit dem Konsum der eigenen Schüler konfrontiert, können Lehrer eine wichtige Schnittstelle sein, um Eltern und Schülern Angebote und Hilfsmöglichkeiten aufzuzeigen. Dies setzt aber voraus, dass die Lehrer diese Hilfsangebote auch selbst kennen. Der EuLe Abend sollte zudem auch dazu dienen, sich

auszutauschen, Fragen zu diskutieren und »niederschwellig« mit den verschiedenen Hilfsangeboten in Kontakt zu kommen. Dazu stellte Heike am EuLe Abend zunächst den Elternkreis Hildesheim vor und ließ die Teilnehmenden durch ein Fallbeispiel die Situation von Eltern mit suchterkrankten Kindern gut nachvollziehen und eine bewegte Runde entstehen. Besonders die Aussage des Vaters aus dem Fallbeispiel »[...] als ich andere Eltern traf, denen es genauso ging wie mir, die verstanden, was ich durchmachte, wusste ich endlich: ›Ich bin nicht allein‹«, ließ den wertvollen Zugang hervortreten, den Selbsthilfegruppen für Angehörige (u.a. durch ihr oft langjähriges Expertenwissen) darstellen. Im Anschluss an die »persönliche Begrüßung« durch Heike stellte Christiane mit ihrem Fachwissen und ihrer langjährigen Erfahrung im Suchtbereich viele Informationen zum Thema Sucht zur Verfügung und hob den Mehrwert von Prävention, z. B. durch das von ihr koordinierte HaLT-Projekt, deutlich hervor.



Eltern und Lehrer engagiert

„Ich glaube, dass mein Kind Drogen nimmt. Was nun?“

„Hätte ich früher Hilfe gefunden, wäre es nicht so weit gekommen.“ – Mutter eines drogensüchtigen Sohnes

„Die Eltern meines Schülers erzählen, dass ihr Sohn Drogen konsumiert und wissen nicht weiter. Was kann ich ihnen raten?“

„Ich fühle mich nicht genügend sensibilisiert für das Thema Konsum meiner eigenen Schüler_innen.“

„Was für Angebote gibt es für mich in Hildesheim in Bezug auf Drogenkonsum bei Jungen Erwachsenen?“

„Ich informiere mich jetzt, damit ich für die Zukunft auf das Thema „riskanter Konsum bei jungen Erwachsenen“ vorbereitet bin.“

In Kooperation mit:

Gefördert durch:

ausgeführt durch:

Die Einladung zum EuLe-Abend

Eltern und Lehrer engagiert

Was?	Informationsabend zum Fragen stellen, austauschen und informieren für Eltern und Lehrer zum Thema „riskanter Konsum Jugendlicher“
Wo?	Bühler Campus, Lübecker Straße 1, 31141 Hildesheim, Raum LN304
Wann?	Am 27.09.16 ab 18:30 Uhr bei kleinem Imbiss, 19 Uhr Start des Programms
Mit Wem?	Präventionsfachkraft Christiane Aßmann von der Suchthilfe Hildesheim und eine Vertreterin des Elternkreises Hildesheim

<https://www.uni-hildesheim.de/annet/annet-nachhaltigkeit-annet-arbeitsbuch-dream-team-eule/eule-eltern-und-lehrer-engagieren-sich/>

-Die Teilnahme ist kostenfrei-

Ansprechpartnerin:
Julia Lack
E-Mail: julial@uni-hildesheim.de
Telefon: 05121-88311708



Ein Anliegen innerhalb des gemeinsamen Austausches war die gemeinsame Kommunikation, und zwar in verschiedene Richtungen, wie sie auch die AnNet Gruppe Peine (vgl. «Perspektiven angehender Fachkräfte») beschrieben hatte:

1. Lehrer → Eltern

Lehrende berichteten von Fehlschlägen darin, Eltern über den entdeckten Konsum oder das Fehlverhalten des Kindes aufklären zu wollen. Einige Eltern glauben den Lehrern nicht und nehmen ihr Kind in Schutz. Hier vermuten die Lehrkräfte, dass es Eltern schwerfällt, das eigene Kind von außen zu betrachten. Jedoch kam vonseiten der Eltern die Anmerkung, dass es dennoch etwas bewirken kann. Eltern wollen nicht glauben, dass das Kind Schwierigkeiten hat/verursacht. Sucht ist noch immer ein Tabuthema und oft ein Alptraum für Eltern. Oft brauchen sie mehr Zeit, um »Zeichen« zu erkennen und wahrzuhaben, denn »als Elternteil willst du einer Kontaktaufnahme durch die Lehrer nicht immer glauben und hast zunächst den Drang, dein Kind vor Urteilen anderer in den Schutz zu nehmen«.

2. Eltern → Lehrer

Während des EuLe-Elternabends stellte sich heraus, dass viele der teilnehmenden Eltern vor allem eine Kontaktaufnahme seitens der Lehrer wünschen, wenn z. B. das Kind die Schule schwänzt oder dem Lehrer etwas an dem Schüler auffällt. Eltern haben oft selbst einen vollen Tagesplan, sodass ihnen so etwas wie Schule schwänzen erst bewusst wird, wenn dadurch eventuell bereits – teils massive – Konsequenzen für das Kind und damit oft auch für die Eltern drohen. Frühzeitige und präventive Gespräche sind ein Wunsch der Eltern, um gemeinsam Lösungen zu finden, denn die Erklärung »das ist nur die Pubertät« stimmt leider nicht immer.

3. Eltern → Kinder

»Wie spreche ich mit einem Kaktus?« Mit diesem Satz spielte Christiane auf die Kommunikation zwischen Eltern und ihren (pubertierenden) Kindern an und trotz des Schmunzelns unter den Teilnehmern war eine eindeutige Zustimmung zu beobachten. Oft wird Eltern geraten, mit ihrem Kind in Verbindung zu bleiben und die Kommunikation aufrecht zu erhalten. Dies ist aber nach den Erfahrungen der teilnehmenden Eltern gar nicht so einfach. Hier bedarf es Unterstützung für die Eltern, um eine gemeinsame Kommunikation (wieder-)herstellen zu können und zu lernen, wie sie mit dem Konsum ihrer Kinder umgehen können.

4. Lehrer → Kinder

Es stellte sich heraus, dass einige Lehrer nicht ausreichend sensibilisiert und ratlos sind, wenn es darum geht, wie sie mit dem Konsum der eigenen Schüler umgehen sollen. Aus der Perspektive der anwesenden Lehrer werden Lehrer – z.B. in der Ausbildung – auf solche Situationen nicht immer ausreichend vorbereitet, sodass es zu Überforderungen kommen kann.

Fazit:

Sowohl Eltern als auch Lehrer wünschten sich voneinander »mehr Hellhörigkeit« gegenüber dem Kind und beidseitige, frühzeitige Kommunikationsgesuche. Gleichzeitig kristallisierte sich heraus, dass es auf beiden Seiten einen Bedarf an Hilfsangeboten für sie selbst gibt, wie Eltern oder Lehrer mit dem Konsum der Kinder und Jugendlichen umgehen können.





HELP

Ein weiteres Diskussionsthema während des Elternabends drehte sich um die Frage **»Wer braucht eigentlich Hilfe?«**. Aus den Erfahrungen der Eltern war es so, dass zunächst Hilfe für das suchterkrankte Kind gesucht wurde und erst spät für sich selbst. Allerdings haben einige Eltern durch die Suche nach Hilfe für das Kind auch Hilfe für sich selbst gefunden, da Fachkräfte sie z. B. darauf hinwiesen, dass Eltern auch etwas für sich selbst tun und auf die eigene Gesundheit achten müssen. Eine Sozialarbeiterin einer Schule berichtete dabei aus ihren Erfahrungen während Gesprächen mit Eltern von suchterkrankten Schülern und wie sie versucht, sie zu motivieren, für sich Hilfe zu suchen: *»Der, der leidet, braucht Hilfe und im Moment sehe ich, dass Sie unter dem Konsum Ihres Kindes leiden. Suchen Sie sich also Hilfe für sich.«*

Im Laufe der Diskussion wurde deutlich, dass viele Eltern, wenn sie in der Selbst- und Suchthilfe ankommen, häufig noch immer nach einer Lösung für das eigene Kind suchen. Sie erwarten oft zu lernen, was sie tun müssen, damit ihr Kind mit dem Konsum aufhört. Das »Goldene Rezept«, wie es sich viele Eltern wünschen, gibt es aber nicht – so war der einstimmige Konsens der Teilnehmenden am EuLe Abend. Mit dieser Erkenntnis sind viele Eltern schnell enttäuscht von der vermeintlichen Hilfeleistung. Eltern dazu zu ermuntern, ihren Fokus vom Kind auch auf sich selbst zu richten und zu schauen »Wie geht es mir eigentlich?«, ist oft ein langer und teils herausfordernder Weg – sowohl für die Eltern als auch für die Helfer aus der Sucht- und Selbsthilfe, aber auch für Lehrer, wie diese aus ihrer Erfahrung berichteten.

Fazit: Sowohl Lehrer als auch Eltern brauchen verschiedene Angebote – denn auch sie unterscheiden sich in ihren Hilfebedarf. Hier sollte auch das Internet nicht außer Acht gelassen werden, das nicht nur - gerade für junge Menschen - einen niedrigschwelligen Zugang bietet, sondern auch nicht auf bestimmte Öffnungszeiten begrenzt ist.



DER EuLe FLYER: ZIELE UND ADRESSATEN

Wie haben wir nun die Erfahrungen von unserem EuLe Abend in den EuLe Flyer umgesetzt?

Der EuLe Flyer sollte zur Prävention beitragen, indem er nicht nur unterschiedliche Angebote bündelt, sondern auch Adressaten anspricht, die eine wichtige Rolle in der Prävention für Eltern und ihre »Kinder« spielen. Hierbei ist es von Bedeutung, zu erwähnen, dass sowohl Lehrer als auch Eltern einen wichtigen Beitrag zur präventiven Arbeit leisten, aber eine Sucht, auch beim eigenen Kind/Schüler, dadurch nicht zwangsläufig verhindert werden kann.

Am EuLe-Abend wurde uns die wichtige Rolle des Lehrers für die Prävention noch einmal besonders deutlich gemacht, aber genauso der Unterstützungsbedarf, den diese haben, wenn sie mit dem Konsum der eigenen Schüler konfrontiert sind. Daher haben wir uns entschlossen, auch Angebote für Lehrer in unseren Flyer aufzunehmen und ihn für eine adressatengerechte Flyer-Gestaltung auch ansprechend für Lehrkräfte zu gestalten.

Nach dem EuLe-Abend hielten wir unsere (erweiterten) Ziele daher noch einmal gemeinsam fest:

Durch die Initiative EuLe wollen wir vor allem Eltern und Lehrende in Hildesheim und darüber hinaus erreichen, die mit dem Konsum von Alkohol oder auch illegalen Drogen bei Kindern/Jugendlichen konfrontiert sind oder möglicherweise sein werden. Für beide Gruppen stellt der problematische Konsum bei Kindern oder Schülern aus unserer Erfahrung eine Herausforderung dar, die oft mit Unsicherheit und Ängsten verbunden ist. Mit der Initiative EuLe wollen wir dort ansetzen, wo Informationen und Ansprechpartner noch manchmal fehlen bzw. unbekannt sind. Unser Anliegen ist es, anstatt Eltern und Lehrende einer möglichen Überforderung im Umgang mit dem Substanzkonsum zu überlassen, dazu beizutragen, eine solche Überforderung zu verhindern, Ängste abzubauen und Wege zur Hilfe aufzuzeigen. Dafür sind Ansprechpartner nötig, die mit der Thematik vertraut sind und mit Erfahrungsberichten, Informationen und Möglichkeiten der Unterstützung behilflich sein können.

Aus diesem Vorhaben entstand der »EuLe- Eltern und Lehrer engagiert«-Flyer.

Der Flyer soll dazu dienen, dass die vorhandenen Angebote die Adressaten noch schneller erreichen und den Weg ins Hilfesystem verkürzen.

Aus dem Austausch mit den Eltern haben wir erfahren, dass Eltern immer Eltern bleiben und somit auch nach der Volljährigkeit des Kindes Unterstützung suchen, um mit der Suchterkrankung ihres Kindes umgehen zu lernen. Durch die Vielseitigkeit der Hilfesuchenden muss es auch vielseitige Unterstützungsangebote geben. Dabei ist es nicht nur wichtig, dass die Vertreter der unterschiedlichen Angebote zeigen, dass sie ein solches für angehörige Eltern bzw. Lehrer zur Verfügung stellen, sondern ebenso wichtig ist der Verweis auf weitere Angebote, die es für Angehörige gibt. Denn so ist es besser möglich, dass Angehörige schnell die für sie richtige Hilfe finden.

Transfer

Für einen Einblick in die Initiative EuLe und um Möglichkeiten und Ansätze für einen Transfer unserer Erfahrungen und Initiative in andere Regionen aufzuzeigen, besuchten wir zudem die Tagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen⁸, um von unserer Initiative gemeinsam zu berichten. So ist aus dem partizipativen Projekt AnNet eine partizipative Initiative entstanden, die nachhaltig durch die gemeinsame Arbeit mit Heike, Christiane und unseren Kooperationspartnern wirkt.



Forschungsthema 3: Abstinenz gemeinsam (er)leben

»Was passiert während und nach der Suchttherapie: Was ist überhaupt Inhalt einer Suchttherapie und wie werden Suchtkranke auf das trockene Familienleben vorbereitet? Welche Hilfen gibt es für Angehörige für das »Leben mit Abstinenz«? (AnNet Zukunftswerkstatt)

In der Zukunftswerkstatt wurden eine Reihe wichtiger Fragen rund um die Themen »Behandlung« und »Leben mit Abstinenz« aufgeworfen, die wir mit unserem dritten For-

schungsprojekt aufgreifen wollten. Denn während viele von uns – wie auch die Landauer – Behandlung und ein »Ende« der Suchtproblematik oft lange herbeisehnten oder immer noch herbeisehnen, bleiben Vorstellungen über das Leben und die Hausforderungen eines gemeinsamen Familienlebens mit Abstinenz doch nebulös. Dazu tragen nicht zuletzt auch Angehörigentrainings und Ratgeber bei, in denen man zwar einiges dazu findet, wie man z. B. einen Suchtkranken zur Therapie motivieren kann, aber nichts darüber erfährt,

wie man im Anschluss an die Therapie ein zufriedenes Leben führt.

Ausgeklammert werden dadurch die Veränderungen, welche die Betroffenen durch die Therapie erfahren. Unbeantwortet bleibt auch, wie Angehörige mit ihren – teilweise schlimmen – Erfahrungen aus der Zeit vor der Abstinenz umgehen können. Denn: Auch wenn sich die Gegenwart durch Abstinenz ändert, fällt das »Vergessen« der Vergangenheit nicht immer leicht. In der Zukunftswerkstatt fragten wir uns:

»Abstinenz leben: Wie geht man mit dem, was man selber als Angehöriger erlebt hat, um? Angehörige können das Erlebte oft nicht vergessen, und wieder Vertrauen zu fassen, ist schwer. Wie kommt man vom »Opfer«- und »Täter« denken weg? (AnNet Zukunftswerkstatt).

Um zu erforschen, welche Wege es zu einem abstinenten Leben gibt, wie Angehörige und Betroffene Abstinenz »erleben« und wie Selbst- und Suchthilfe Angehörige und Betroffene auf dem Weg in dieses neue Leben begleiten können, haben wir einen Austauschtag in der Suchtambulanz des Lukas-Werk Braunschweig organisiert. Gastgeber an diesem Tag waren neben Frau Kahl, der Leiterin der Suchtambulanz, die uns mit viel Herzblut, Empathie und Erfahrung einen Einblick in die Arbeit im Lukas-Werk ermöglichte, auch Monika Fritzke und Inka Schlaak von den im Lukas-Werk stattfindenden Angehörigengruppen, die als Suchtkrankenhelferinnen seit vielen Jahren ca. 40 Angehörige in zwei, wöchentlich stattfindenden Selbsthilfegruppen mit Fingerspitzengefühl, Witz und Erfahrung durch deren

Alltag begleiten. Abgerundet wurde der Austausch durch die persönliche Geschichte eines Paares aus dem AnNet-Projekt, die mit der Feststellung »ich wünschte, meine Frau hätte damals die gleiche Hilfe bekommen wie ich als Suchtkranker« begann. Zum Schutz der Persönlichkeit der beiden wurde die Geschichte anonymisiert, doch transportiert sie aus unserer Perspektive immer noch die Liebe, die Herausforderungen und auch das persönliche Wachstum, das die beiden auf ihrem gemeinsamen Weg durchlaufen haben.



Das Vergessen der Vergangenheit fällt nicht immer leicht.



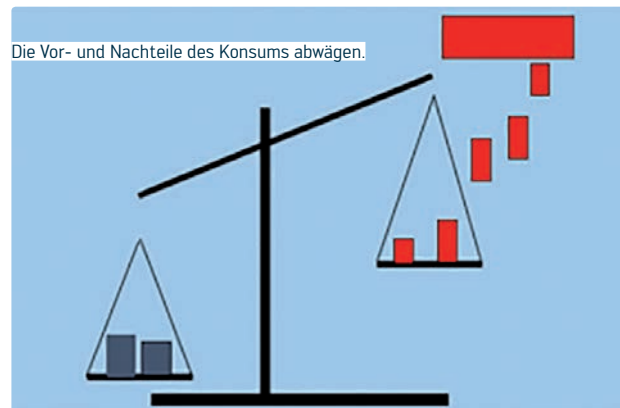
INHALTE UND MÖGLICHKEITEN DER SUCHTBEHANDLUNG IM LUKAS-WERK

Angelika Kahl,
Suchtambulanz Lukas-Werk Braunschweig

Das Lukas-Werk Braunschweig ist eine Gesellschaft der Evangelischen Stiftung Neuerkerode und ein Suchthilfeverbund mit sieben Beratungsstellen, einer Fachklinik und zwei Tageskliniken. In Braunschweig gibt es die Fachambulanz und eine Tagesklinik. Dort werden viele unterschiedliche Angebote durchgeführt, wie z. B. Beratung für Betroffene und Angehörige, ambulante Entgiftung, Rehabilitation, betriebliche Gesundheitsförderung und auch zwei Angehörigenselbsthilfegruppen.

Wann ist der Zeitpunkt gekommen, um sich für ein abstinentes Leben zu entscheiden?

Bevor ein Betroffener sich für eine Abstinenz entscheidet, muss für ihn der Vorteil einer Abstinenz größer sein als der Vorteil, den er durch Drogen hat. Oder gegenteilig ausgedrückt: Der Nachteil der Abstinenz muss für ihn geringer sein, als der Nachteil, der durch den Konsum entsteht. Für den Konsum muss oft eine Alternative gefunden werden, die die Funktion des Konsums ersetzt. Eine Möglichkeit, die das Lukas-Werk nutzt, um diese Vor- und Nachteile auszuloten, ist die Verwendung einer Waage. Bei dieser Waage setzen jedoch die Betroffenen die Gewichte, nicht die Angehörigen. Wie viel Gewicht ein Vor- oder Nachteil für die Betroffenen hat, kann kein Angehöriger bestimmen. Jedoch werden auch durch Reaktionen des Umfelds ›Gewichte erzeugt‹, z. B. durch die Androhung einer Kündigung durch den Arbeitgeber, den (absehbaren) Entzug des Führerscheines oder die Durchsetzung von Konsequenzen seitens der Ehefrau. All diese ›Gewichte‹ finden auf der Waage ihren Platz. Inwiefern der Suchterkrankte



die verschiedenen Konsequenzen seiner Sucht gewichtet, liegt dabei jedoch, wie gesagt, bei ihm persönlich und ist individuell verschieden.

Eine Sucht entwickelt sich **nicht von einem Tag auf den anderen**, ebenso wenig wie der Weg von der Abhängigkeit in die Abstinenz. Im Durchschnitt dauert es zehn Jahre, bis es zur ersten Behandlung kommt. Das Behandlungssystem (Krankenhaus, Hausarzt etc.) spricht die Sucht selten an. Während einer Behandlung durchlaufen die Betroffenen oft einen Prozess mit **sechs Behandlungsstufen**:

1. »So geht es nicht weiter«

Der Betroffene möchte von sich aus etwas an seiner Situation verändern.

2. »Ich schaffe das allein«

Der Betroffene möchte die Situation aus eigener Kraft verändern, ohne Hilfe von außen.

3. »Ich lasse mir helfen«

Der Betroffene ist bereit, von außen Hilfe anzunehmen, um an seiner Situation etwas zu verändern.

4. »Ich bin (z. B.) alkoholkrank«

Der Betroffene gibt zu, eine Krankheit entwickelt zu haben.



Angelika Kahl
Einrichtungsleitung der Tagesklinik und der Fachambulanz
der Lukas-Werk Gesundheitsdienste in Braunschweig.

Ich bin seit nunmehr 26 Jahren in der Suchtarbeit tätig und mache dies nach wie vor sehr gern. Beeindruckt bin ich dabei von den Menschen, die mir in der Arbeit begegnen, die –ob als Betroffene oder als Angehörige– häufig schwere Schicksale meistern müssen und mit viel Energie und Zuversicht den Weg der Behandlung gehen. Selbst wenn zu Beginn der Widerstand groß ist und die Scham im Vordergrund steht, stellen sich die Menschen den zu bewältigenden Themen und Aufgaben und es ist eine Freude, sie dann bei ihren erfolgreichen Veränderungen zu begleiten. Auch dies gilt sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen, die ich insbesondere ermutigen möchte, die Angebote der Beratung, der Therapie und der Selbsthilfegruppen mit in Anspruch zu nehmen. Für uns ist das eine große Unterstützung, denn kein System kann dauerhaft geheilt werden, wenn nur ein Baustein verändert wird. Es gilt immer, das Ganze im Blick zu behalten, und davon sind die Angehörigen ein wesentlicher Teil!

Kommentar der Gruppe: Die Abstufungen vom Risikotrinken bis zur Abhängigkeit verschwimmen oft miteinander. Auch eine Betrachtung der Suchtentwicklung im Nachhinein, lässt selten eine klare Grenze zum Risikotrinken erkennen.

Kommentar der Gruppe: Wir finden es gut, dass Frau Kahl erklärt was sie unter Co-Abhängigkeit versteht. Co-Abhängigkeit hat auch in der Fachliteratur keine eindeutige, allgemeingültige Definition (vgl. »Perspektiven angehender Fachkräfte«). Nicht jeder Angehörige definiert sich über diesen Begriff. Wir empfinden den Begriff der Co-Abhängigkeit teilweise auch als stigmatisierend und schuldzuweisend. Es muss sensibel und transparent mit diesem Begriff umgegangen werden.

5. »Ich will abstinent leben«

Der Betroffene entscheidet sich für ein abstinentes Leben.

6. »Ich muss mein Leben ändern«

Der Betroffene verändert die Rahmenbedingungen für den Konsum, was ein abstinentes Leben erleichtern kann, aber nicht garantiert.

Im Lukas-Werk wird beim ersten Gespräch darauf abgezielt, dass möglichst ein weiteres Gespräch folgt. Bei beiden Gesprächen ist das Ziel, dass sich der Betroffene angenommen fühlt und sich mit seiner Problematik beschäftigt. Dann erst geht es darum, etwas zu verändern. Damit sich etwas ändert, muss der Betroffene nämlich selbst verstehen, dass eine Veränderung notwendig ist. Dies ist ein Prozess von kleinen Schritten in Richtung Veränderung und er dauert. Es gibt nicht DIE eine Lösung und meist leider KEINE schnelle Lösung, wie sich das Angehörige oft wünschen. Bei den Angehörigen sind manchmal Emotionalität und Dringlichkeit zu spüren, aber es bleibt ein Prozess. Es gibt weder DIE Lösung noch

eine SCHNELLE Lösung. Erst ist das Leiden da, dann die Veränderung. Oft muss zunächst ein Tiefpunkt erreicht werden, der das Leiden groß genug macht, um Anreiz bzw. Grund genug für eine Veränderung in der Konsumhaltung zu sein. Angehörige wollen dem Betroffenen oft helfen, sodass sie, ohne es zu wollen, dessen Sucht unterstützen. So kann es zum Beispiel passieren, dass Angehörige durch ihre Hilfe den Betroffenen Dinge abnehmen, wodurch im Nachhinein weniger Nachteile durch das Suchtverhalten für die Betroffenen selbst entstehen. Aus der Perspektive der Betroffenen bedeutet dies aber gleichzeitig, dass sie die Konsequenzen ihres Konsums nicht tragen müssen. Bei Betrachtung der Waagschale, von der zuvor die Rede war, bedeutet dies also, dass auf der Waagschale, die für eine Veränderung des Konsums steht, sich auch weniger Steine befinden. Denn dort entstehen erst dann Steine bzw. werden gesetzt, wenn er selbst die Konsequenzen seines Handelns übernehmen muss. Solche Verhaltensmuster der Angehörigen, Suchtbetroffene vor den Konsequenzen ihres Verhaltens zu schützen, werden auch ›Co-Abhängigkeit‹ genannt. Angehörige neigen bei diesen Verhaltensmustern dazu, die Suchtprobleme nicht anzusprechen, sie zu verharmlosen und zu decken.

Wann können Betroffene erstmals ins Lukas-Werk kommen?

Im Lukas-Werk wird täglich eine offene Sprechstunde angeboten und jeden Dienstag findet eine Info-Veranstaltung zu Angeboten der Lukas-Werk Tagesklinik statt.

Welche Angebote gibt es im Lukas-Werk Braunschweig für Angehörige?

Ein Projekt namens »Trampolin⁴« soll Kinder zwischen acht und zwölf Jahren aus suchterkrankten Familien stärken. Ziele sind:

1. Das Selbstwertgefühl der Kinder zu stärken
2. Das Erlernen von Stressbewältigungsstrategien
3. Das Erkennen eigener Emotionen
4. Das Ermutigen der Kinder, Hilfe für sich in Anspruch zu nehmen
5. Informationen über das Krankheitsbild »Sucht« zu erhalten

Kommentar der Gruppe: Diese Abende sind jedoch nicht immer ausreichend. Zusätzlich bietet das Lukas-Werk noch zwei Angehörigenselbsthilfegruppen an, in denen Angehörige Zeit für sich finden. Hier sind Zeitressourcen, die einen Austausch unter Gleichgesinnten ermöglichen, für das Angehörigenthema vorhanden.

Für Angehörige ist es wichtig, auf sich selbst zu achten, denn »Wer zu oft SELBSTLOS ist, ist oft zu schnell SICH SELBST los.« Angehörige dürfen sich selbst also nicht aus dem Blick verlieren, dadurch, dass sie vor allem auf andere achten.

Im Lukas-Werk werden Angehörigengespräche und Gruppen angeboten. Samstags können die Angehörigen der Tagesklinik mit den Betroffenen ins Lukas-Werk kommen, wo ein informeller Austausch stattfindet. Einmal im Quartal gibt es einen Angehörigenabend.

Das Lukas-Werk bietet mit zusätzlichen Angehörigensprechstunden einen innovativen Zugang und kontinuierliche Ansprechpersonen an. Ergänzende Informationen sowie der Austausch unter Gleichgesinnten finden in den genannten Angehörigenselbsthilfegruppen statt.

Inka Schlaak, ausgebildet in der ehrenamtlichen Suchtkrankenhilfe. Seit 2004 im Lukas Werk Braunschweig in der Angehörigen-gruppe von Suchterkrankten als betroffene Angehörige. Ab 2009 Gruppenleiterin von zwei Angehörigengruppen.

»Ich würde mir wünschen, dass die Unterstützung für Kinder von Suchterkrankten nicht mit dem beginnenden 18. Lebensjahr endet, sondern als Lebenslange Unterstützung fortgeführt wird.«

Monika Fritzke, ausgebildet in der ehrenamtlichen Suchtkrankenhilfe. Seit 2009 im Lukas Werk Braunschweig in der Angehörigengruppe von Suchterkrankten als betroffene Angehörige. Ab 2011 zusammen mit Frau Schlaak Gruppenleiterin von zwei Angehörigengruppen.

»Ich würde mir wünschen, dass bereits in der Ausbildung von (Sucht-)Therapeuten viel stärker auf das Thema Angehörige/ Kinder von Suchtkranken eingegangen wird und dieses dann in der Praxis verstärkt umgesetzt werden kann.«

Kommentar der Gruppe: Hier können sensible Fachkräfte helfen, Angehörigen die Chance zu geben eine Balance zu finden, indem sie sie zum Beispiel entlasten.

HILFE FÜR ANGEHÖRIGE

Inka Schlaak & Monika Fritzke, Leiterinnen der Angehörigengruppen im Lukas-Werk

Wie kann eine Situation zu Hause bei Angehörigen aussehen?

Angehörige müssen oft einen »gleich« schweren Weg gehen wie ein Suchterkrankter und Rückfälle gehören häufig, teilweise auch auf beiden Seiten, dazu. In Suchtfamilien ist manchmal eine Kommunikation nicht mehr so einfach möglich. In manchen Fällen spalten sich Kinder auf, um beide Elternteile in dessen verschiedenen Kommunikationsebenen noch zu erreichen. Die Eltern untereinander verstehen sich oft nicht mehr, da durch die Sucht eine »schwammige« Sprache geschaffen worden ist.

Was muss vor einem Schritt Richtung Abstinenz passieren?

Angehörige versuchen oft alles erstmal allein, bevor sie merken, dass sie es so nicht schaffen können. »Nicht nur jemand, der erkrankt ist, benötigt Hilfe, oft sind die umgebenden Personen überlastet oder überfordert.« Der erste Weg aus der Sucht in die Abstinenz ist häufig die Erkenntnis, dass es nicht allein zu schaffen ist. Dabei ist es nicht unbedingt relevant, wer sich zuerst Hilfe sucht, der Suchterkrankte oder der Angehörige. Der Wille zur Veränderung ist wichtig.

Wie sieht es mit den Möglichkeiten für Angehörige im Gesundheitssystem aus?

Während ein suchterkrankter Mensch vom Gesundheitssystem aufgefangen und therapiert wird, sind für die Personen im Umkreis des Suchtkranken in dem Ausmaß noch keine Angebote seitens des Gesundheitssystems vorgesehen. Daher wird gewünscht, dass die Finanzierung solcher Angebote gewährleistet wird, denn auch Angehörige brauchen Hilfe, die das Gesundheitssystem aber nicht immer vorsieht.

EXKURS!

WIE KANN EINE ANGEHÖRIGENSENSIBLE GESPRÄCHSFÜHRUNG IN DER SUCHTHILFE AUSSEHEN? ZWEI SZENARIOS:

Szenario 1: Das Bierchen am Abend

»Ich weiß gar nicht, ob ich hier richtig bin«, sagte die Angehörige unsicher zu dem Therapeuten.

»Wie viel trinkt ihr Mann denn so?« fragte er.

»Naja... weiß nicht... so ein paar Bierchen am Abend«, antwortete sie.

»Hmm... wenn Sie sich nicht sicher sind, dann schauen Sie doch mal, wie viel er so am Tag trinkt und kommen dann wieder«, sagte der Therapeut als Antwort.

»In Ordnung«, sagte die Angehörige, ging nach Hause und ward nie mehr gesehen.

Reflektion des Gesprächs:

Auch Professionelle können bei einigen Themen, wie z. B. dem Umgang mit Angehörigen, an ihre Grenzen stoßen, da das Angehörigenthema in der Ausbildung nicht oder unzureichend besprochen wurde und es an Erfahrung in bestimmten Themenbereichen fehlt.

Szenario 2: Das Bierchen am Abend – die Wahrnehmung Angehöriger stärken

»Ich weiß gar nicht, ob ich hier richtig bin«, sagte die Angehörige unsicher zu dem Therapeuten.

»Wie viel trinkt ihr Mann denn so?« fragte dieser.

»Naja... weiß nicht... so ein paar Bierchen am Abend«, antwortete sie.

»Hmm... wenn Sie sich nicht sicher sind, dann schauen Sie doch mal, wie viel er so am Tag trinkt und kommen

dann wieder«, sagte der Therapeut als Antwort.

»Naja, Sie wissen doch wahrscheinlich so in etwa, was er trinkt, oder?«, schaltete sich die Erfahrungsexpertin der Selbsthilfe ein, »in so einem Kasten sind ja einige Flaschen drin und davon sind an einem Abend dann ein paar schon mal leer, kann das sein?«

»Ja, das stimmt. So acht Flaschen sind da schon mal leer«, stimmte die Angehörige zu.

»Und wir reden dabei von 0,5 l Flaschen, hab' ich recht?« Die Angehörige nickt zustimmend.

»Nun, das sind dann ja vier Liter Bier an einem Abend und das regelmäßig. Das ist schon nicht wenig«, bemerkt die Erfahrungsexpertin.

»Ja, oder? Das finden Sie auch, oder? Das ist doch nicht mehr normal, oder?«, sprudelte es daraufhin aus der Angehörigen heraus.

Reflektion des Gesprächs:

In diesem Fall wurde die Angehörige in ihrer Wahrnehmung gestärkt. Oft hören Angehörige, sie würden übertreiben, insbesondere vom Betroffenen selbst. Wenn Angehörige den Mut haben, sich an professionelle Helfer zu wenden, kann es wichtig sein, Angehörige in Ihrer Wahrnehmung zu stärken, denn oft herrscht große Unsicherheit bei ihnen. Angehörige als Erfahrungsexperten können wichtige Hinweise für eine Angehörigen-adäquate Gesprächsführung geben, welche sowohl der Ausbildung von Nachwuchskräften, als auch der Erreichbarkeit von Angehörigen durch verschiedene Unterstützungsangebote zu Gute kommen könnte.



Kommentar der Gruppe: Diese Rückfälle sind sowohl für den Suchterkranken, als auch für Angehörige möglich. Auch Angehörige müssen ebenso wie der Suchterkrankte darauf achten, nicht in alte Muster zurück zu fallen.

Wie kann eine gemeinsame Abstinenz aussehen?

»Nach der Therapie hatte ich das Gefühl, der Erkrankte wurde einer Gehirnwäsche unterzogen!«

Durch eine Suchterkrankung sind oft über Jahre hinweg Spannungen entstanden, die der gemeinsamen Beziehung oftmals schwer zusetzen. Gegenseitige Anklagen haben teilweise den Alltag bestimmt: »Ich trinke, weil du schimpfst«, »ich schimpfe, weil du trinkst.« Wunschträume, Hoffnung und Zurücksehen nach vergangenen, gemeinsamen Zeiten verschlimmern häufig den getrübbten Blick auf die Suchterkrankung. Der Betroffene durchläuft aufgrund seiner Abstinenz und der damit häufig einhergehenden Therapie Veränderungen. Der Angehörige sollte die Chance bekommen, bei diesen Veränderungen des Suchterkranken mithalten zu können. Könnte es nicht vielleicht sein, dass auch weniger Rückfälle passieren, die wiederum von den Kostenträgern bezahlt werden müssen, wenn auch Angehörige Unterstützung bekommen und somit das Familiengefüge insgesamt gestärkt wird?

Welche Veränderungen können ein Schritt Richtung Abstinenz sein?

Durch Veränderungen bei einem selbst kann das Umfeld angeregt werden, sich auch zu verändern. Worte, Gesten und

Taten haben zu Verletzungen geführt. Eine Folge ist, dass Angehörige oft nicht mehr wissen, was sie noch glauben können. Es sollten nur Versprechungen gemacht werden, die auch gehalten werden können. Dies gilt nicht nur für Betroffene, sondern auch für Angehörige. Entschuldigungen zu finden, kann die Suchterkrankung begünstigen, weshalb Angehörige versuchen sollten, damit aufzuhören. Somit können Komfortzonen aufgelöst werden, die zuvor der Sucht Bequemlichkeit boten. Durch die Herstellung von Öffentlichkeit kann Angst vor der Sucht genommen und Veränderung leichter ermöglicht werden.

Welche Veränderungen werden Angehörigen sowie Betroffenen durch eine Abstinenz abverlangt?

Es muss wieder gelernt werden, Kompromisse zu finden. Während es zuvor oftmals durch die Suchtsituation eine klare Aufteilung der Verantwortungsbereiche gab, muss Verantwortung wieder an den Suchterkranken abgegeben werden, was schwerfallen kann. Auch hier heißt es, kleine Schritte aufeinander zuzugehen. Vertrauen, das häufig im Zusammenleben während der Abhängigkeit verloren gegangen ist, muss wieder hergestellt werden.

Diese Veränderungen müssen nicht allein angegangen werden. Jeder für sich kann sich Hilfe suchen, z. B. in Form von Selbsthilfegruppen. Paargespräche können nützlich sein, um herauszufinden, welches gemeinsame Ziel/welchen gemeinsamen Weg man nun beschreitet. Dabei sollte man bedenken, dass Rückfälle oft dazu gehören. Was mit der gemeinsamen Beziehung während der Sucht passiert ist, sollte aufgearbeitet werden, um neben den alten Erinnerungen neue zulassen zu können.

Es ist jedoch auch möglich, dass die erlebten Verletzungen zu groß sind, um sie vergeben oder vergessen zu können. Damit ist ein Neustart eines betroffenen Paares manchmal nicht mehr möglich. Hier kann man sich Hilfe holen, um eine erträgliche Trennung zu ermöglichen. Denn: *»Wir können nicht jeden retten und nicht jeder möchte gerettet werden.«*

»JEDER MENSCH BRAUCHT SEINE EIGENE ZEIT« ERFahrungen einer Partnerin«

Ich bin 49 Jahre alt und lebe seit 27 Jahren mit meinem Partner zusammen. In den ersten Jahren unserer Beziehung spielte Alkohol kaum eine Rolle. Später begann mein Partner immer häufiger zu trinken und entwickelte schnell eine Alkoholabhängigkeit, die unser Zusammenleben extrem belastet hat. Zuletzt war mein Partner eigentlich jeden Tag betrunken. Eine Trennung kam für mich damals nicht infrage. Neben meiner emotionalen Bindung waren hier auch finanzielle Gründe von Bedeutung. *»Außerdem hatte ich große Angst, mich an Außenstehende zu wenden. Ich hatte bereits verbale Gewalt und Schuldzuweisungen von meinem Partner erfahren. Immer wieder sagte er mir, dass er nur trinken würde, weil ich so sei, wie ich bin. Ich hatte Angst davor, das Gleiche von anderen Menschen zu hören.«*

Vor knapp zehn Jahren beschloss er, endgültig abstinent zu leben und nahm alle Hilfe, die er bekommen konnte (Entzugsbehandlung, Therapie, Nachsorge und Selbsthilfegruppen) in Anspruch. Mein Partner sagte schon damals: *»Nachdem ich mich zu meiner Suchterkrankung bekennen konnte, war es für mich relativ leicht, Hilfe zu bekommen. Fast automatisch erhielt ich professionelle Unterstützung und auch zeitnah einen Therapieplatz. Ich würde mir wünschen, dass es für meine Frau, als Angehörige, die gleiche Vielzahl an Hilfsangeboten gäbe und gegeben hätte wie für mich.«*

Für mich als Angehörige war es äußerst schwierig, ›Hilfe von außen‹ zu bekommen. Ich musste erst von ›Pontius zu Pilatus‹ laufen und immer wieder wurde mir gesagt, dass ja mein Partner das Problem sei und ich doch über

eine Trennung nachdenken sollte. Ich hatte mich allerdings längst entschlossen, die Partnerschaft aufrecht zu erhalten.

Mein Partner hat mich von Anfang an an seinem Veränderungsprozess teilhaben lassen und mich auch ermutigt, mir eigene Selbsthilfegruppen zu suchen. Für mich und meine Situation war neben der Teilnahme an Angehörigentreffen in der Entwöhnungsklinik vor allem der regelmäßige Besuch von Selbsthilfegruppen wichtig. Hier konnte ich zum ersten Mal über meine Situation außerhalb unserer Beziehung offen und ohne Scham sprechen. Diese Möglichkeit wurde umso wichtiger, als er nach einer ersten Langzeittherapie wieder rückfällig wurde.

Vor ca. zehn Jahren hat mein Mann zum letzten Mal Alkohol getrunken. Nach einem Entzug und einigen Wochen Therapie kam er dann ›trocken‹ nach Hause und genau jetzt standen wir vor einer großen Herausforderung. Da wir beide die Beziehung aufrechterhalten wollten, mussten wir Wege finden, unsere Partnerschaft anders zu gestalten. Und wir mussten natürlich den emotionalen Scherbenhaufen aufarbeiten, der während der Trinkzeit meines Partners entstanden war.

Wir nahmen uns vor:

- Immer offen und ehrlich miteinander umzugehen
- Die Ängste und Gefühle des Partners ernst zu nehmen und darauf einzugehen

- Probleme frühzeitig anzusprechen und gemeinsam eine Lösung zu finden und

- Dem Anderen die notwendigen Freiräume zu lassen

Selbstverständlich sind die oben genannten Punkte Grundlage jeder Beziehung. Wir mussten aber erst wieder lernen, auf diese Art und Weise miteinander umzugehen. Die lange Zeit des ständigen Alkoholkonsums meines Mannes hatten deutliche Spuren hinterlassen. So war es ein langer und schwieriger Weg, gegenseitiges Vertrauen wieder aufzubauen.

»Das neue Leben war und ist ein ständiger, gemeinsamer Lernprozess.«

Zum einen hatte mein Partner große Schwierigkeiten – ohne sein Hilfsmittel Alkohol – überhaupt offen über seine Probleme innerhalb der Beziehung zu sprechen. Zum anderen war er ja jetzt abstinent und wollte natürlich in vielerlei Hinsicht wieder selbst über sein Leben bestimmen. Gleichzeitig brachte er immer wieder zum Ausdruck, welche Schuldgefühle er mir gegenüber hatte. Ich wollte ihm zwar (wieder) vertrauen, hatte aber – gerade in der ersten Zeit – ständig Angst vor einem Rückfall. Es war mir nur nach und nach möglich, ihm die Kontrolle über sein Leben wieder in seine Hände zu legen. Schon bei alltäglichen Dingen machte ich mir Gedanken: Ging er allein einkaufen, fragte ich mich oft, ob er wieder Alkohol kaufen würde. Kam er, z. B. nach dem

Besuch einer Selbsthilfegruppe, nicht pünktlich nach Hause, fragte ich mich, warum. Auch die Erledigung von Bankgeschäften stellte neben weiteren Dingen ein Problem dar.

Auf der Grundlage der oben erwähnten Punkte haben wir zahllose, lange und intensive Gespräche geführt, bis ich langsam wieder Vertrauen zu ihm fassen konnte. Selbstverständlich gab es auch zahllose ›Rückschläge‹, zum Glück aber bisher keinen Rückfall. Alles in allem waren die ersten Jahre harte Beziehungsarbeit – für uns beide. Ich lernte in dieser Phase vor allen Dingen:

›Die Zeit allein heilt nichts, man muss etwas tun.«

Letztlich konnte ich dieses Vertrauen wiederaufbauen, weil ich erlebte, dass das, was er mir sagte, auch stimmte. Es war für mich auch hilfreich, dass mein Partner versuchte, mir diese Ängste zu nehmen, indem er mich sofort informierte, wenn er später kam, alles mit mir besprach und mich teilweise auch mit in seine Gruppen nahm. Ich lernte, dass er meine Ängste ernst nahm und meine Gefühle ihm wichtig waren. Sehr bedeutsam war für mich auch die Erkenntnis, dass ich mich ebenfalls verändern musste. Wenn unsere Beziehung ›funktionieren‹ sollte, musste ich mich zunächst besser kennen und auch lernen, mit meinen Gefühlen umzugehen. Es gab durchaus Themen, die ich nicht mit meinem Partner besprechen konnte. Ich besuchte regelmäßig meine Frauen-Selbsthilfegruppe und entschied mich für eine psychosomatische Reha mit anschließender tiefenpsychologischer Gesprächstherapie.

Für mich war es notwendig und – wie sich zeigte – auch sinnvoll, professionelle Hilfe zu finden. Endlich konnte ich mich um mich kümmern und musste nicht ständig für meinen Mann da sein. Hier habe ich gelernt:

»**Abstand hilft, etwas zu verändern.**«

Es war sehr hilfreich, dass mein Mann mich in diesen Dingen immer unterstützte. Rückblickend kann ich festhalten, dass wir unsere Beziehung (mit dem Beginn der Abstinenz meines Partners) regelrecht neu aufgebaut haben. Wir sprechen viel miteinander und sind uns so sehr nahe gekommen. Wir haben jede sinnvolle Hilfe von außen genutzt und wir engagieren uns beide im Bereich der Suchthilfe – jeder auf seine Art. Es ist an dieser Stelle wichtig zu erwähnen, dass mein Mann von Beginn an offen mit seiner Suchterkrankung umging. Allerdings hatte ich zunächst Schwierigkeiten, diese Problematik in meinem näheren Umfeld öffentlich zu machen, da ich immer noch das Gefühl hatte, meinen Mann zu »verraten«. Heute kann ich sagen, dass diese Offenheit meines Partners auch für mich hilfreich war und ist, da ich mich als Angehörige nicht verstecken oder verstellen muss. Ohnehin ist die Situation von Angehörigen suchtkranker Menschen in unserer Gesellschaft – nach wie vor – sehr schwierig, da Stigmatisierungen und Pathologisierungen (leider) immer noch an der Tagesordnung stehen. Ich bin der festen Überzeugung, dass sich dies nur ändern wird, wenn Angehörige die Möglichkeit bekommen, sich

auch in der Öffentlichkeit angstfrei zu ihren Problemen zu äußern. Selbstverständlich sind Angehörige oft hilfebedürftig – aber nicht per se krank. Mein Engagement im Projekt AnNet fußt auf dieser Sichtweise.

Insofern war es mir auch sehr wichtig, im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung, meine Geschichte zu erzählen und Interessierten mitzuteilen, wie mein Partner und ich mit seiner Abstinenz umgehen. Es ist mir sehr klar, dass dies »unser« sehr individueller Weg ist und er nicht verallgemeinert werden kann. Trotzdem zeigt unsere Beziehung, dass eine Trennung vom suchtkranken Partner nicht die einzige Lösungsmöglichkeit für Angehörige sein muss, wenn er gewillt ist, sein Leben zu ändern. Meine Erfahrung ist aber auch, dass auch Angehörige zu Veränderungen bereit sein müssen. Wir können heute beide ein zufriedenes und erfülltes Leben führen. Und, wir können gemeinsam diesen Artikel besprechen, diskutieren und zusammen schreiben.

»**Wir wollen unser Leben zusammen verbringen, aber nicht unter den Bedingungen, die beim Trinken vorhanden waren.**«

Was wir anderen Betroffenen zum Thema Rückfall noch mit auf den Weg geben möchten:

- »Ein Rückfall passiert nicht plötzlich, sondern wird immer vorbereitet. Sich selbst als Angehöriger darauf vorzubereiten, kann helfen, falls es doch passiert.«
- »Von außen Hilfe holen ist wichtig, ob Selbsthilfegruppe oder professionelle Hilfe ist zweitrangig.«
- »Als Angehöriger hast du nichts mit dem Rückfall zu tun! Du kannst es nicht verhindern, wenn er es will.«
- »Der Suchtkranke muss Verantwortung für sich selbst und sein Leben übernehmen.«
- »Dennoch sollte man einen Rückfall nicht auf die leichte Schulter nehmen«
- »Aber: Ein Rückfall ist immer das Problem des suchtkranken Menschen, nicht das der Angehörigen.«

Ein Rückfall passiert. Sich selbst als Angehöriger darauf vorzubereiten kann helfen, falls es doch passiert.“

ABSTINENZ GEMEINSAM (ER)LEBEN – UNSERE EMPFEHLUNGEN

K_T*Kostenträger*N_K*Nachwuchskräfte*P_o*Politik*F_A*Fachkräfte*

Partizipation fördern:

Partizipative Forschung ist eine Möglichkeit für Auszubildende, Angehörige und Selbsthilfe, sich schon früh auf Augenhöhe zu begegnen und damit auch eine spätere gute Zusammenarbeit zu erleichtern. Daher sollten partizipative Forschungsprojekte mehr gefördert und ermöglicht werden.

K_TP_o

Funktionieren statt Finanzieren:

Ohne flächendeckende und langfristige Unterstützungsangebote für Angehörige scheint es auf den ersten Blick, als würde Seitens der Kostenträger erwartet werden, dass Angehörige ohne öffentliche (finanzielle) Mittel weiterhin ›funktionieren‹. Der Suchterkrankte bekommt zumindest etwas mehr öffentliche (finanzielle) Unterstützung. Suchthilfe und Angehörige sollten hier noch besser zusammenarbeiten, um Unterstützungsangebote für Angehörige sichtbar zu machen und wie einen ›Gemischtwarenladen‹ (s. nächste Seite) noch besser auf die Bedürfnisse Angehöriger abzustimmen. An vielen Orten funktioniert dies schon sehr gut und hier wäre es wichtig, dass Sucht- und Selbsthilfe die ›Nutzung‹ von Angeboten durch Angehörige dokumentieren. Das bedeutet erstmal einen Mehraufwand für Einrichtungen und Selbsthilfegruppen. Aber – wo ›Nachfrage‹ nach Unterstützung sichtbar wird, da wird auch ›Nachfrage‹ nach mehr finanzieller Förderung möglich.

K_TP_o

Beschäftigungsfähigkeit und

Lebenszufriedenheit:

Was ist das Ziel der Suchttherapie? Wird vielleicht zu sehr auf (kurzfristige) Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt geschaut und dadurch auf Lebenszufriedenheit und damit langfristige Wiedereingliederung in Lebenszusammenhänge verzichtet? ⁵ Wird sich auch bei zukünftigen Unterstützungsangeboten für Angehörige alles um die Beschäftigungsfähigkeit Angehöriger drehen und ältere Angehörige dadurch bedroht sein, hier durchs Hilferaster zu fallen?

K_TP_o

Selbsthilfefreundliche Suchthilfe:

Wir wünschen uns an allen Orten in Deutschland eine ›Selbsthilfefreundliche Suchthilfe‹, in der Angehörige über ihre Rechte aufgeklärt werden und Selbsthilfe auf Augenhöhe wahrgenommen wird und willkommen ist. Anerkennung ist dabei auch in der Selbsthilfe wichtig: Nicht nur Suchthilfe sollte selbsthilfefreundlich, sondern auch Selbsthilfe suchthilfefreundlich sein.

K_TP_o

Wissen erweitern:

Bereits in der Ausbildung muss das Angehörigenthema aufkommen, sonst kann die Thematik bei den Fachkräften im späteren Beruf zu Überforderungen und Unsicherheiten führen (vgl. Perspektiven angehender Fachkräfte).

N_K

Von Experten lernen:

Erfahrungsexpertenwissen sollte mehr in die Ausbildung einbezogen werden (s. o.). Nutzt die Möglichkeit während Eurer Ausbildung, einen Einblick in partizipative Forschung zu erhalten. Es kann eine Bereicherung für Euren zukünftigen Arbeitsweg bedeuten und Zusammenarbeit auf Augenhöhe erleichtern sowie überhaupt erst ermöglichen.

N_K

Auch Helfer sind menschlich:

Auch Fachkräfte dürfen Ratlosigkeit gegenüber Angehörigen zeigen. Das kann Angehörige entlasten, denn wenn auch Sie als Professionelle nicht sofort weiterwissen, ist es vielleicht auch nicht so schlimm, dass ich als Angehöriger gerade ratlos bin.

F_A

FA

Fachkräfte

Hilfe als Gemischtwarenladen:

Es kann zu einem Machtgerangel z. B. zwischen ›professionell angeleiteten‹ Angehörigengruppen und Angehörigengruppen der Selbsthilfe kommen. Dies ist nicht notwendig und hilft weder den Betroffenen noch den Angehörigen. Verschiedene Angehörige brauchen auch verschiedene Unterstützungsquellen. Für den einen Angehörigen ist, um bei dem Beispiel zu bleiben, die ›professionell angeleitete‹ Angehörigengruppe, die z. B. von Sozialarbeitern und Therapeuten begleitet wird (vgl. Neue Hilfsangebote für Angehörige und betroffene Familien), richtig. Für einen anderen Angehörigen ist die Gruppe der Selbsthilfe die richtige. Wünschenswert wäre es, dass es eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Unterstützungsformen gibt und Angehörigen somit (Aus-) Wahl wie in einem ›Gemischtwarenladen‹ haben, um möglichst schnell die für sie richtige Hilfe zu finden. Ein gegenseitiges Hinweisen auf die verschiedenen Angebote kann dabei helfen (vgl. Beispiel AnNa).

Kommentar der Gruppe: In der Suchtarbeit wird ein wichtiger Beitrag für die Angehörigen geleistet, aber auch hier gibt es Grenzen. Grenzen von Personal, Zeit und Geld: Ressourcen sind in der Regel für den Suchterkrankten vorgesehen. Hier ist eine Angehörigen- Selbsthilfegruppe eine besondere Zusatzmöglichkeit, wo Raum und Zeit gegeben sind, sich ausschließlich um die Bedürfnisse der Angehörigen zu kümmern und somit deren Blick wieder auf sich selbst zu lenken und den Fokus auf den Suchterkrankten zu durchbrechen. Teilweise müssen Erlebnisse von Angehörigen aus dem Zusammenleben mit Suchterkrankten erst verarbeitet werden. Auch hier profitieren Angehörige von gegebenen Raum- und Zeitressourcen innerhalb von Selbsthilfegruppen, um solche Verarbeitungsprozesse zu ermöglichen und zuzulassen. Denn es braucht Zeit, manchmal Jahre und dabei ist es oft nur möglich sich Stück für Stück in der Gruppe öffnen zu können.

FA

FA

Angehörige willkommen:

Als Fachkraft sind Sie Experte in Ihrem Bereich, jedoch ist der Fokus auch in Ihrer Arbeit manchmal noch stark auf den Suchterkrankten gerichtet. Das ist wichtig, denn Sucht ist mitunter eine tödliche Krankheit. Aber auch die Angehörigen leiden und brauchen Ihre Unterstützung. Wenn Sie mit Angehörigen arbeiten, sind Informationen über den Verlauf einer Suchterkrankung wichtig. Jedoch sollte auch Raum für die Angehörigen gegeben werden, Dinge zu verarbeiten und den Fokus auf die Angehörigen und ihre individuellen Probleme und Bedürfnisse zu lenken. »Das ist seins und jetzt geht es um Dich«, ist manchmal schwer Angehörigen zu vermitteln. Es ist wichtig, Angehörige dort abzuholen, wo sie gerade stehen. Auch Angehörige durchlaufen einen Prozess innerhalb ihrer Erfahrungen als Angehörige von Suchterkrankten.

FA

»Wie geht es Ihnen?«

Wenn Sie Angehörigenseminare oder Infoabende geben, wünschen wir uns, dass es dabei vor allem bzw. auch um die Angehörigen geht (s. Exkurs ›Besuch beim Angehörigenseminar‹). Wir wissen, dass Angehörige unterschiedliche Bedürfnisse – z.B. auch an einen Angehörigenabend haben – und dass es für Sie schwer sein kann, diesem ›Mix‹ an Bedürfnissen gerecht zu werden. Hilfreich wäre hier eine offene Haltung: Fragen Sie uns, wie es uns geht und was wir für uns tun können, um auch unseren Blick weg vom Suchterkrankten zu lenken und auf uns zu schauen. Dies ist nämlich häufig lange nicht mehr passiert.

FA

Helfen durch Anerkennung:

Wenn Angehörige Unterstützung bei Ihnen suchen, erfordert dies von den Angehörigen oft viel Mut und zeugt von begründeter Sorge. Dennoch herrscht häufig große Unsicherheit, da unsere Wahrnehmung des bedenklichen Konsums schon oft von mehreren Seiten in Frage gestellt wurde. In dem Moment brauchen wir von Ihnen Bestärkung in unserer Wahrnehmung (s. Exkurs ›Das Bierchen am Abend‹). Behandeln Sie uns nicht wie der Suchterkrankte es tut, indem Sie noch mehr Zweifel säen, sondern nehmen Sie uns und unsere Lage ernst und gehen sensibel darauf ein. Wir haben so viel getan, um ›Schlimmeres‹ zu verhindern, ob es im Endeffekt nun gut oder schlecht war. Anerkennung dafür, dass wir versucht haben das ›Richtige‹ zu tun, ist oft hilfreicher als (weitere) Vorwürfe und Schuldzuschreibungen.

EXKURS!

BESUCH BEIM ANGEHÖRIGENSEMINAR - ZWEI PERSPEKTIVEN

Yasmin* berichtet: »Als ich das Angehörigenseminar in der Suchtklinik besucht habe, habe ich erwartet, dass ich höre, was ich anders machen kann bzw. muss. Wo kann ich Unterstützung bekommen, wenn es zu einem Rückfall kommt, eine Therapie von meinem Betroffenen abgebrochen wird oder er sich querstellt? Ich hatte schon alles probiert und wusste nicht mehr, was ich noch tun kann. Dies erhoffte ich mir, nun bei dem Seminar zu erfahren. Was hatte ich noch nicht probiert? Ich fühlte mich von dem Inhalt überfordert, als es um ein Stufensystem der Sucht ging und ich mich nicht in der Lage fühlte, meinen Partner dort einzuordnen. »Was kann Ich tun, damit mein Mann nach der Therapie nicht rückfällig wird bzw. wenn er rückfällig wird?«, kam mir in den Kopf, als ich die verschiedenen Möglichkeiten für den Süchtigen innerhalb des Systems serviert bekam. Wo waren die Angebote, die es für mich bei einem Rückfall gibt? Ich wurde das Gefühl nicht los, hier gerade zum Suchtassistenten für meinen Partner ausgebildet zu werden.«

Helen* gibt zu bedenken: »Ich hätte mir die Informationen, wie Yasmin sie bekommen hat, gewünscht, um zu verstehen, was in der Therapie eigentlich mit dem eigenen Partner passiert und was in dem unbekannten Raum hinter der Tür zur Suchtbehandlung vor sich geht. Ich habe mich gefreut, als ich in die Suchtbehandlung auf diese Weise mit einbezogen wurde.«

Helen und Yasmin: »Als Angehörige wünschten wir uns

beide, dass jemand an unserer Seite steht, der Verantwortung abnimmt, damit wir auch mal entspannen können. Wir beide haben einen Raum gebraucht, der für uns da ist, in dem es um uns und nicht mehr den Suchterkrankten geht.«

Fazit: Yasmins und Helens Erfahrungen heben hervor: Unterschiedliche Bedürfnisse an die Einbeziehung in die Suchtbehandlung erfordern auch unterschiedliche Angebote, die Angehörige dort abholen sollten, wo sie gerade stehen. Für den Einen kann das richtige Angebot der Besuch eines Angehörigenseminars bedeuten und für jemand anderen ist es eine andere Alternative, z. B. eine Gruppe, wo es erst einmal »nur um ihn« geht.

** Name und Beitrag wurden anonymisiert.*

ABSTINENZ GEMEINSAM (ER)LEBEN – UNSERE EMPFEHLUNGEN TEIL 2

AN

Angehörige

FA

»Behandlung transparent«

Es sollte noch mehr Transparenz für die Angehörigen geschaffen werden, wie die Behandlung, Erkrankung etc. der Betroffenen aussieht oder aussehen kann. Jedoch ist zu beachten, dass dabei der Blickwinkel sich nicht dahin verschiebt, was der Angehörige für die Behandlung des Betroffenen tun kann, sondern auch dabei bleibt, was er innerhalb dieses Suchtkontextes für sich selbst tun kann.

FA

Fachkräfte

AN

Auszeit nehmen:

In der Selbsthilfegruppe sind häufig benötigte Zeitressourcen für Angehörige gegeben, die uns ermöglichen, eigene Standpunkte zu entwickeln, um auch in Alltagssituationen besser zurechtzukommen. Nehmt Euch Zeit. Sie ist notwendig, um sich öffnen zu können und Verarbeitungsprozesse anzuschieben.

AN

Abstinenz als Anfang:

Abstinenz ist kein Ende, sondern der Anfang von etwas Neuem. Rückfälle gehören auf beiden Seiten mit dazu. Achtsamkeit, nicht zu verwechseln mit Kontrolle, ist gefragt und aufeinander zuzugehen gehört oft dazu, um sich wieder anzunähern. Es wird durch die Abstinenz nicht plötzlich wieder wie vor der Sucht sein, denn Ihr habt Euch oft beide aufgrund der Suchterkrankung verändert.

AN

Du bist nicht Schuld:

Geht Euch keine Schuld an der Sucht. Süchtig kann jeder werden. Das ist nicht Eure Schuld. Geht Euch ebenso wenig die Schuld an Rückfällen. Rückfälle passieren nicht aufgrund eines Satzes, den Ihr gesagt habt. Rückfälle können immer passieren, auf beiden Seiten, und darauf könnt Ihr nur versuchen, Euch vorzubereiten. Was würde ein Rückfall für Euch selbst bedeuten? Was wären Eure Konsequenzen, die Ihr daraus für Euch selbst zieht?

AN

Selbstvertrauen:

Vertraut Eurer Wahrnehmung, sie hat ihren Grund und kommt nicht aus dem Nichts.



ACHT MONATE FORSCHUNG UND VERNETZUNG IN UND AUS SALZGITTER – EIN RÜCKBLICK:

Rückblickend können wir stolz sagen, dass wir – trotz der im Vergleich zu den anderen AnNet-Gruppen deutlich kürzeren ›Forschungszeit‹ – viel zur Erforschung und auch zur Vernetzung Angehöriger in Form von Austausch und Zusammenarbeit beigetragen haben. Forschung und Vernetzung fand in Salzgitter in drei Bereichen statt, die wir im Folgenden kurz skizzieren wollen:

Erster Vernetzungsbereich - Austausch von Angehörigen mit Angehörigen:

Bei AnNet ging es zunächst um die Vernetzung von uns Angehörigen untereinander. Damit hatte das AnNet-Projekt einen sehr wichtigen Punkt aufgegriffen, denn vielen von uns hat es geholfen, zu merken: »Ich bin nicht allein – es gibt andere, die ähnliches erlebt(en).« Austausch mit anderen Angehörigen fand nicht nur innerhalb der Salzgitter-Gruppe, sondern – getreu des im AnNet Projekt oft zitierten Mottos »jeder sucht sich das Angebot heraus, was zu ihm passt« – auch mit Angehörigen der anderen AnNet-Gruppen statt.

Als ›Knotenpunkt‹ im Netzwerk der AnNet-Gruppen Peine, Landau, Hildesheim und Salzgitter hießen wir zum einen Angehörige der anderen norddeutschen AnNet-Gruppen bei unserer Zukunftswerkstatt und dem »Abstinenz (er)leben«-Austausch willkommen. Zum anderen schlossen sich Angehörige aus der Salzgitter-Gruppe auch Initiativen wie dem Studierendenaustausch und Dream Team oder der AnNet Gruppe ›Perspektiven am Arbeitsmarkt‹ an, tauschten sich mit den dortigen Angehörigen aus und ließen die Salzgitter-Gruppe so zur ›Satellitengruppe‹ innerhalb des bundesweiten Netzwerkes von AnNet-Gruppen werden.

Zweiter Vernetzungsbereich – Austausch von Angehörigen und Suchthilfe:

Zugleich – und dies war der zweite Bereich, in dem wir uns vernetzten – fand auch ein reger Austausch mit Einrichtungen z. B. aus der Suchthilfe, die uns als Gastgeber bei sich begrüßten, statt. Waren wir anfänglich mit vereinzelten Vorbehalten gegenüber der Suchthilfe in das AnNet-Projekt gestartet (vgl. Zukunftswerkstatt), fühlten wir uns von den Gastgebern der Suchthilfe bei jedem unserer gemeinsamen Austausche willkommen und in unseren Erfahrungen wertgeschätzt und verstanden. Nicht nur stellten alle ›Gastgeber‹ – ein Begriff, den wir vom SOS Mütterzentrum Mehrgenerationenhaus Salzgitter übernahmen – ein hohes Maß an (Frei)Zeit für unseren Austausch zur Verfügung, sondern bereiteten auch eigene Fragen für uns als Experten vor und ließen sich mit viel Menschlichkeit und Empathie auf die von uns mitgebrachten Fragen ein. Aus dieser für uns sehr positiven Erfahrung wollen wir an die Angehörigen außerhalb des AnNet-Projektes appellieren:

Auch Ihr seid in der Suchthilfe willkommen. Behandlung für die Betroffenen und Beratungsangebote für Angehörige können Euch im Alltag entlasten und Euch helfen, Euch von der Hilflosigkeit, die Angehörige im Alltag oft erleben, zu befreien. Bisher werden Angebote der Suchthilfe für Angehörige an manchen Orten noch viel zu selten genutzt. In diesem Fall ist auch die Suchthilfe hilflos und letzten Endes geht es dann doch wieder zu Lasten Angehöriger, wenn Angebote ungenutzt bleiben und Budgets, die von den Kostenträgern für die Beratung von Angehörigen zur Verfügung gestellt werden, gekürzt werden.

Dritter Vernetzungsbereich – Vernetzung durch Zusammenarbeit:

Aufbauend auf unserem Austausch mit anderen Angehörigen (Erster Vernetzungsbereich) und mit Vertretern – z. B. aus dem Bereich der Suchthilfe (Zweiter Vernetzungsbereich) – beschreibt der dritte Bereich unserer Vernetzung die Zusammenarbeit, d. h. die gemeinsame Entwicklung und Umsetzung von Ideen aus unseren Austauschen: Wir haben nicht nur AnNet gruppenübergreifend Forschungsergebnisse und Empfehlungen miteinander entwickelt (vgl. Neue Hilfsangebote für Angehörige) und voneinander gelernt (indem wir z. B. die Vorgehensweise zur Entwicklung der Dream Team-Initiative auf unsere EuLe-Initiative übertragen haben), sondern auch gemeinsam mit der Suchthilfe Initiativen entwickelt (EuLe, Dream Team) und die Ergebnisse und Erkenntnisse aus unserer Forschungs- und Entwicklungsarbeit in ›interprofessionellen Teams‹ aus Angehörigen, Praxis- und Forschungsexperten auf Konferenzen und Fachveranstaltungen mit anderen Angehörigen, Praktikern, Forschern und Entscheidern geteilt.⁶⁻⁸ Auf diesem Weg, so hoffen wir, haben wir in und aus Salzgitter dazu beigetragen, dass in ganz Deutschland zukünftig noch mehr Angehörige für sie passende Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen können.

QUELLENANGABEN SALZGITTER

1. Kuhnt B, Müller NR. *Moderationsfibel Zukunftswerkstätten: Verstehen, Anleiten, Einsetzen*. 1st ed. Neu-Ulm: Verein zur Förderung der sozialpolitischen Arbeit; 2004.
2. Marschall U, Ullrich W, Sievers C. Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. In *Gesundheitswesen aktuell 2009 – Der gesundheitspolitische Dialog*. 2009. In *Gesundheitswesen aktuell 2009 – Der gesun* http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Publikationen/12-_20Sievers,property=Data.pdf.
3. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht, ed. Leitlinien für webbasierte Interventionen der selektiven Suchtprävention. 2015. http://www.forum-p.it/smaredit/documents/inhaltelements/_published/click%20for%20support_Guideline_D.pdf.
4. Klein M, Moesgen D, Bröning S, Thomasius R. *Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken: Das »Trampolin«-Programm*. 1st ed. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2013.
5. Kratz D. Hilfe und Entfremdung: *Ein biographischer Blick auf Langzeitarbeitslosigkeit und Hilfen zur Arbeit im Kontext der Sozialen Arbeit*. 1st ed. Weinheim: Beltz Juventa; 2015.
6. AnNet Gruppe Müze Salzgitter, Böker J, Lack J, Schnute M. Die Rolle sozialer und professioneller Unterstützung für suchtbelastete Familien. Vortrag beim Präventionsrat Salzgitter. 2016.
7. AnNet Gruppe Müze Salzgitter, Lüttge B, Löchner S, Böker J, Lack J, Schlaak I, Schnute M. Die Rolle sozialer und professioneller Unterstützung für Eltern suchtkranker »Kinder« und »Kinder« suchtkranker Eltern. Vortrag beim Deutschen Suchtkongress. 2016.
8. Andrea, Heike, Assmann C, Schaffhausen U, Böker J, Lack J, Schnute M. Vernetzte Unterstützung für Angehörige Suchtkranker: Die AnNet Initiativen »Dream Team« und »EuLe«. Vortrag bei der Jahrestagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen am 23.08.2016. 2016.
9. Lack J. Eltern suchterkrankter Kinder. Bachelorarbeit. 2017.

Dieser Beitrag steht auch als elektronische Publikation im Internet zur kostenfreien Verfügung: DOI 10.18442/668

PERSPEKTIVEN AM ARBEITSMARKT

AnNet-GRUPPE »PERSPEKTIVEN AM ARBEITSMARKT«

JULIA LACK, MARION SCHNUTE

»SUCHT UND BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT«

DURCH AUSTAUSCH UND FORSCHUNG DIE TEILHABEPROZESSE
ANGEHÖRIGER AM ARBEITSMARKT BESSER VERSTEHEN UND FÖRDERN

Für die rund 10,5 Millionen Angehörigen sind gesundheitliche Auswirkungen – wie etwa das erhöhte Risiko für Stress- und psychische Belastungen¹⁻⁷ und die damit verbundenen Folgekosten⁸ –, welche sich aus dem Leben mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Konflikten und Gewalt⁹⁻¹² ergeben,

zunehmend gut belegt. Allerdings stehen umfassende Studien zu den sozialen Folgen – und hier insbesondere zur Arbeitsmarktpartizipation Angehöriger – ebenso wie eine systematische Entwicklung von Unterstützungsansätzen der Arbeitsmarktteilhabe Angehöriger – noch aus¹³.



Angehörige am Arbeitsmarkt

Die AnNet-Gruppe »Perspektiven am Arbeitsmarkt« ist aus der Kooperation des Jobcenters Peine mit der Universität Hildesheim entstanden. Als »Querschnittsgruppe« des AnNet-Projekts brachten sich hier interessierte Angehörige aller AnNet-Gruppen und Fachkräfte der Arbeitsverwaltung, aber auch Mitarbeiter aus kleinen, mittleren und großen Unternehmen, der Beschäftigungsförderung und aus Verwaltungen und Verbänden, Einrichtungen der Suchthilfe sowie haupt-, nebenberuflich oder ehrenamtlich arbeitende Suchthelfer als auch Führungskräfte, Arbeitgeber, Personalverantwortliche und Mitglieder von Arbeitnehmervertretungen in Formen, welche von punktuell bis kontinuierlich reichten, ein. Der Arbeitsprozess der Gruppe war ein zweistufiger: In einem ersten Schritt ging es darum, mittels Erfahrungsaustausch,

z. B. im Rahmen des Arbeitskreises »Netzwerk betriebliche Suchtkrankenhilfe« (s. Exkurs auf der nächste Seite), Diskussionen, Literaturrecherche^{14,15,16} und einer darauf aufbauenden Interviewstudie¹³ explorativ nachzuvollziehen, welche Rolle der problematische Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen einer nahestehenden Person für die Arbeitsmarktteilhabe Angehöriger spielt. Der zweite Schritt bestand in der Entwicklung einer »**Checkliste: Unternehmens- und ArbeitsmarktPartizipation Angehöriger (Check-UP)**«, die auf den Literaturrecherchen (s.o.), den Vorarbeiten der AnNet-Gruppe »Perspektiven am Arbeitsmarkt« und den Forschungsarbeiten der AnNet-Gruppen Peine (vgl. u. a. »Symptome mit System«), Salzgitter (vgl. u. a. »Zukunftswerkstatt«) und Landau¹⁷ sowie auf den Ergebnissen aus der Interviewbefragung von AnNet-Angehörigen zu ihren Arbeitsmarktteilhabe-Erfahrungen¹³ basierte.

EXKURS!

ANGEHÖRIGE AM ARBEITSMARKT – ERFAHRUNGSAUSTAUSCH IM RAHMEN DES ARBEITSKREISES »NETZWERK BETRIEBLICHE SUCHTKRANKENHILFE«

Trotz einer zunehmenden gesellschaftlichen Anerkennung des Krankheitskonzeptes gelten Sucht und psychische Erkrankungen auch weiterhin als ernstzunehmende Inklusions- und Vermittlungshemmnisse am Arbeitsmarkt und stellen nicht nur im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen vor vielseitige Herausforderungen.

Gleichzeitig ist im Lichte einer »Rahmung« von Sucht als Familienkrankheit mit Blick auf die Angehörigen von Suchtkranken noch wenig über potenzielle Manifestierungen und Verschiebungen ihrer Belastungen in den Arbeits- und Ausbildungsmarkt bekannt. Ansätze eines achtsamen Umgangs mit Suchtbetroffenen und ihren Familien im Kontext von Arbeitsförderung, Ausbildung und Beschäftigung und die Bildung vernetzter Präventions- und Unterstützungsstrukturen zwischen Organisationen der Suchthilfe, Beschäftigungsförderung und Arbeitgebern befinden sich – besonders mit Blick auf die Unterstützungssituation Angehöriger – vielerorts noch in ihren Anfängen.

Am 19.04.16 ist die AnNet-Gruppe »Perspektiven am Arbeitsmarkt« auf Einladung der Arbeitskreisleiterin Frau Geißmar beim »Netzwerk betriebliche Suchtkrankenhilfe« bei der Salto Suchthilfe Salzgitter zu Besuch. Dieser Arbeitskreis besteht aus betrieblichen Suchtkrankenhelfern der großen Industriebetriebe, des öffentlichen Dienstes sowie Vertretern von Firmen und Betrieben aus Salzgitter und Umgebung. »Wie können Betriebe achtsamer mit dem Thema Sucht und Angehörige umgehen?« – ein Thema, das während der sehr gut

besuchten Netzwerksitzung unter den Beteiligten viel diskutiert wird. Es gibt einen regen Austausch und viele Ideen sind bereits gekoppelt mit ersten Erfahrungen bezüglich des Themas. Doch auch Befürchtungen und Herausforderungen werden angesprochen.

Arbeitskreis »Netzwerk betriebliche Suchtkrankenhilfe in Salzgitter«

**ZEIT: Jeden dritten Dienstag im Monat,
von 09:00 – 10:30 Uhr**

**ORT: Salto Suchthilfe, Berliner Str. 78,
38226 Salzgitter**

Teilnehmende Betriebe sind u. a.

- Volkswagen Salzgitter
- Volkswagen Braunschweig
- Salzgitter AG
- Stadt Salzgitter
- Polizei Wolfenbüttel
- Coca-Cola Hildesheim
- Jobcenter Salzgitter
- EON Avacon
- Robert Bosch Elektronik GmbH Salzgitter
- ALSTOM Salzgitter
- AWO Salzgitter-Wolfenbüttel



Ina Maria Geißmar
Staatlich anerkannte Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin; Sozialtherapeutin –
Schwerpunkt Sucht im Verfahren Integrative Therapie/Gestalttherapie
Seit 2004 als Suchtberaterin und Suchttherapeutin in der Fachstelle für Sucht
und Suchtprävention »Salto« Salzgitter.



Martin Gabka
MA Soziales & Gesundheitsmanagement
Seit 2007 Leiter der Fachstelle f. Sucht und Suchtprävention »Salto« Salzgitter
(Von 1999 bis 2007 Leiter der Fachklinik für Abhängigkeitskranke in Oerrel / Landkreis Gifhorn)



CHECKLISTE – UNTERNEHMENS- UND ARBEITSMARKTPARTIZIPATION ANGEHÖRIGER (CHECK-UP)

Im Umgang mit psychischen und Suchterkrankungen im Betrieb und in der Arbeitsverwaltung gibt es bereits eine Fülle primärpräventiver Konzepte zur Aufklärungsarbeit und Sensibilisierung. Ergänzend unterstützen Informationen aus der Forschung, Empfehlungen, Profiling-Instrumente, Interventionskonzepte und Leitfäden Personalverantwortliche, Betriebsärzte, Vermittlungsfachkräfte und Führungskräfte, um sich auf Gespräche mit Betroffenen vorzubereiten, diese informiert, planvoll und strukturiert durchzuführen und das Thema Sucht und psychische Gesundheit nicht zu vermeiden, sondern aktiv anzusprechen^{14,18–28}.

Um auch Angehörige im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und durch Einrichtungen der Arbeitsverwaltung besser zu erreichen, mit Unterstützungsangeboten zu vernetzen und in ihrer Gesundheit, Arbeitsmarktteilhabe und Lebensqualität zu fördern, wurde aus der Zusammenarbeit im Rahmen der AnNet-Gruppe »Perspektiven am Arbeitsmarkt« u. a. basierend auf den vorhandenen Erkenntnissen und Ansätzen (s.o.) eine Checkliste **»Unternehmens- und Arbeitsmarktpartizipation Angehöriger - (Check-UP)«** zusammengestellt. Die Check-UP-Liste besteht aus drei Teilen: (1) Einer Hinweisliste zur Erkennung von Angehörigen in Unternehmen und in Einrichtungen der Arbeitsverwaltung, (2) einem Gesprächsleitfaden zur Durchführung von Fürsorge- bzw. Präventionsgesprächen mit Angehörigen und (3) weiteren Empfehlungen zur Förderung der Arbeitsmarktteilhabe Angehöriger.

CHECK-UP TEIL 1: HINWEISLISTE: MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN EINER SUCHTPROBLEMATIK AUF DIE ARBEITSMARKTTEILHABE ANGEHÖRIGER

»Darüber sprechen – auch am Arbeitsplatz«:

Auch bei Arbeitgebern ist ein Umdenken wichtig – sie sollten

hinschauen, anstatt wegzuschauen (»Der hat seine Probleme schon im Griff«) – sowohl bei den Suchtkranken, als auch bei den Angehörigen. Denn: »Auch Angehörige können durch die Suchterkrankung einer nahestehenden Person selbst körperlich oder psychisch krank werden. Betriebe könnten hier wichtige Präventionsarbeit leisten. Diese käme nicht nur den Angehörigen, sondern auch den Betrieben zugute, denn wir leben in einer alternden Gesellschaft und Fachkräfte werden gebraucht« (AnNet-Zukunftswerkstatt).

Die Hinweisliste baut auf den Forschungsarbeiten der AnNet-Gruppen Peine (vgl. u. a. »Symptome mit System«), Salzgitter (vgl. u. a. »Zukunftswerkstatt«) und Landau¹⁷ sowie den Ergebnissen aus einer Interviewbefragung von AnNet-Angehörigen zu ihren Arbeitsmarktteilhabe-Erfahrungen¹³ auf. Die Interviewbefragung erfolgte anhand eines halb-standardisierten Leitfadens, der auf Grundlage einer intensiven Literaturrecherche¹³ sowie umfangreicher Diskussionen im Kontext der AnNet-Gruppe »Perspektiven am Arbeitsmarkt« entwickelt wurde. Regelmäßige Rückmeldungen und Diskussionen durch Konferenzen, Veranstaltungen und Treffen (s. o) im Rahmen der AnNet-Gruppe »Perspektiven am Arbeitsmarkt« flankierten den Auswertungsprozess. Bei der Analyse des Interviewmaterials wurden vier Themen aus den erhobenen Daten identifiziert, die für die Teilhabe Angehöriger am Arbeitsmarkt aus Sicht der Befragten relevant sind. Dazu gehören zum einen (1) die Herausforderungen Angehöriger am Arbeitsmarkt, die sich aus dem problematischen Konsum einer nahestehenden Person ergeben, aber auch (2) Unterstützungsquellen und (3) Barrieren in der Arbeitsmarktteilhabe Angehöriger sowie (4) Verbesserungsvorschläge.¹³

Mit Blick auf Prävention und Unterstützung für Psychisch- und Suchtkranke in Unternehmen und in Einrichtungen der Arbeitsverwaltung wird die Gefahr des »Nichter kennens« durch Ansprechpartner wie auch Vorgesetzte, Personalverantwortliche, Fallmanager und Arbeitsvermittler diskutiert. Folge können nicht nur Maßnahmenabbrüche, fehlende Mitwirkung und Sanktionierungen, sondern auch ein Absinken der Arbeitsleistung, Beschäftigungsausfälle und Belastungschronifizierung

gen sein^{18,20,22,23,29}. Um die Wahrnehmung in Unternehmen und Einrichtungen der Arbeitsförderung für Angehörige und deren Herausforderungen am Arbeitsmarkt sowie deren Unterstützungsbedarfe noch weiter zu schärfen, werden im Folgenden Ergebnisse aus der Interviewstudie zu den »Herausforderungen Angehöriger am Arbeitsmarkt, die sich aus dem problematischen Konsum einer nahestehenden Person ergeben«, zu einer »Hinweisliste: Auswirkungen einer Suchtproblematik auf die Arbeitsmarktteilhabe Angehöriger«, zusammengeführt.

Zu beachten bei der Arbeit mit dieser Liste ist dabei: Aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl der Befragten und der erheblichen Heterogenität Angehöriger besonders auch mit Blick auf ihre sozialen, psychischen und physischen Herausforderungen³⁰ und deren mögliche Folgen für die Aufnahme und Ausübung einer Erwerbstätigkeit, lässt sich kein verallgemeinerbares oder pauschales Bild zu den Auswirkungen einer Suchterkrankung auf die Arbeitsmarktteilhabe Angehöriger zeichnen. Die im Folgenden skizzierten Herausforderungen und Merkmale sind daher eher als eine erste verstehende und sensibilisierende Annäherung aus der Perspektive der befragten Angehörigen zu interpretieren und zu nutzen. Sie sollen dabei helfen, unsere Augen für die Vielfalt und zeitliche Dynamik der Herausforderungen sowie deren Verschränkung und Fortschreibung in die Arbeitsmarktteilhabe Angehöriger zu öffnen.

HINWEISLISTE: HERAUSFORDERUNGEN ANGEHÖRIGER AM ARBEITSMARKT, DIE SICH AUS DER SUCHTPROBLEMATIK ERGEBEN

¹ Die Interviews wurden im Rahmen der AnNet-Studie nach vorheriger Genehmigung durch die Ethikkommission der Universität Hildesheim von April 2016 bis April 2017 durchgeführt. Alle Teilnehmenden wurden über den Zweck der Erhebung und die Verwendung der Daten aufgeklärt und haben ihre schriftliche Zustimmung gegeben. Alle Interviews wurden anonymisiert.

HERAUSFORDERUNGEN	MERKMALE	ILLUSTRATIONSZITATE ¹ AUS DEN ANGEHÖRIGENINTERVIEWS
1. BIOGRAFISCHE RELEVANZ DER SUCHTPROBLEMATIK EINER NAHESTEHENDEN PERSON: »SUCHT SCHREIBT SICH IN DER EIGENEN LEBENSGESCHICHTE FORT – AUCH IM BERUF«	1.1 Unklarheit über eigene Fähigkeiten und Stärken	<ul style="list-style-type: none">• »Jahrelang hält dir der Alkoholiker vor, was du alles falsch gemacht hast, warum er also trinken muss. Und dann sitzt Du da im Vorstellungsgespräch und jemand fragt dich nach deinen Stärken.«• »Was ich mir alles habe bieten lassen, von den Kollegen und dem Chef. Für mich einzu stehen, zu sagen – so jetzt habe ich Feierabend, oder ›das mach ich nicht‹, das hatte ich ja nirgendwo gelernt.«• »An einem Tiefpunkt schämte ich mich sogar, bloß auf die Straße zu gehen. Jeder musste doch sehen, was für eine schlechte Mutter ich bin, dachte ich.«
	1.2 Vernachlässigung von eigenen Interessen	<ul style="list-style-type: none">• »Irgendwann dreht sich in deinem Leben alles nur noch um die Sucht und auch, die Dinge am Laufen zu halten. Deshalb sprechen wir ja auch vom Karussell der Sucht. An sich selbst denken Angehörige doch zuletzt, wenn überhaupt. Aus- und Weiterbildung, ja sicher klingt das erstmal schön, aber die Realität sieht für die meisten von uns dann doch ganz anders aus.«• »Ich war in unserer Familie das Heldenkind, also so das Aushängeschild. Das schwerste Studium, der forderndste Job musste es sein. Meine wirklichen Interessen kannte ich lange nicht.«
	1.3 Fehlende Anerkennung von Alltags- und Lebensleistungen Angehöriger am Arbeitsmarkt	<ul style="list-style-type: none">• »Mein Mann, der hatte die letzten Jahre nur gearbeitet und gesoffen. Alles andere blieb an mir hängen. Von Einkaufen über Versicherungen bis Riesengarten und Tiere und kaputtes Dach – das machst du alles allein [...] du bist ja quasi allein in der Partnerschaft [...] und dass ich das die ganzen Jahre hingekriegt habe [...], darauf darf man schon stolz sein [...] momentan bringt mir das nur leider nichts [...], denn – in meinem Lebenslauf, da klafft jetzt halt ,’ne Riesenlücke, denn ARBEIT, also bezahlte Arbeit, war das ja nicht all die Jahre. Das tut schon weh.«• »So eine Kindheit, die hinterlässt viele Spuren [...], und einem fehlen halt viele schöne Erlebnisse und die eigenen, schrecklichen, die verarbeitet man, also muss die verarbeiten und das braucht Zeit, die man eigentlich nicht hat und ja, es geht mir jetzt besser, viel besser, nur die Erfahrung im Beruf, die fehlt mir jetzt und das zu erklären, vor anderen, da ringe ich mit mir, und dann werden halt die genommen, die mit der Berufserfahrung, die nicht erst an sich arbeiten mussten.«

»... und dann sitzt Du im Vorstellungsgespräch und jemand fragt nach Deinen Stärken.«

HERAUSFORDERUNGEN



2. HERAUSFORDERUNGEN IM ARBEITSMARKTALLTAG



MERKMALE

1.4 Fehlende Anerkennung von Alltags- und Lebensleistungen Angehöriger am Arbeitsmarkt

1.5 Fortschreibung von Verhaltensmustern aus der Herkunftsfamilie in den Arbeitsmarkt

2.1 Mehrfachbelastungen durch erschwerte Vereinbarkeit von »Familienaufgaben« im Zusammenhang mit der Suchtproblematik und den Anforderungen am Arbeitsplatz oder im Arbeitsvermittlungsprozess

ILLUSTRATIONSZITATE¹ AUS DEN ANGEHÖRIGENINTERVIEWS

- »Ja wäre es z. B. Demenz, dann würde es heißen – »sie hat ihren Mann gepflegt«, aber doch nicht bei Sucht, obwohl er allein überhaupt nicht mehr zurechtgekommen wäre, komplett runtergekommen, alles vermüllt, nichts mehr gegessen, schrecklich. Aber da liegen eben noch Welten dazwischen.«

- »23 Jahre Ehe, da bin ich heile rausgekommen, aber dann musste ich wieder bei Null anfangen«

- »»Nein« sagen – das, war bei mir als Kind verboten, das konnte ich dann auch im Beruf nicht.«

- »Meine Vorgesetzte, die war sehr forsch und auch launisch und unberechenbar, aber immer auch so mit Witz und Lachen, ich weiss nicht, ob Du Dir das vorstellen kannst, und Dinge änderten sich schnell und auch sehr persönlich, also beleidigend [...] und eine Kollegin, die ging dann, weil es nicht mehr ging, sagte sie. So rückblickend, da war das schon wie eine suchtkranke Familie, also so unberechenbar, [...] das war mir damals nicht bewusst, aber jetzt weiß ich schon, warum es mich nicht so sehr gestört hat, warum ich es so lange aushalten konnte im Betrieb, wo die anderen schon längst kaputt waren

- »In die Klinik wollte man sie nicht aufnehmen und schickte uns wieder nach Hause. Die Ärztin empfahl mir aber, ein paar Tage nicht zur Arbeit zu gehen, damit sie sich zuhause nicht tot säuft.«

- »Du bist unter Dauerstrom, zuhause und in der Arbeit. Aber eigentlich ist das eher nur noch so ein Funktionieren.«

- »Das ständige schlechte Gewissen – machst du genug für die Arbeit, die Familie, den Mann? Oh ja. Irgendwie reichte die Zeit nie aus, um allen gerecht zu werden.«

- »Es allen recht machen, sonst gibt's »Sanktionen«. Da ist mein Mann nicht anders als die vom Jobcenter. Und ich bin halt so dazwischen, als würde man mich zerreiben zwischen den Händen wie ein welkes Blatt«

HERAUSFORDERUNGEN

2. HERAUSFORDERUNGEN IM ARBEITSMARKTALLTAG TEIL 2

MERKMALE

2.2 Herausforderungen in Bezug auf Arbeit und Leistung:

- Sinkende Arbeitsleistung und -qualität von Arbeitsergebnissen
- Fehlende Mitwirkung bei der Arbeitssuche
- Nicht-lineare bzw. zirkuläre Arbeitsmarkt-integrationsverläufe
- aber auch überdurchschnittliche Arbeitsleistungen und zeitliches Engagement

ILLUSTRATIONSZITATE¹ AUS DEN ANGEHÖRIGENINTERVIEWS

- »Mein Kopf war einfach immer woanders und rückblickend bin ich den Kollegen dankbar, wie oft sie eingesprungen sind da für mich, auch wenn sie dadurch mir geholfen haben dem Alkoholiker zu helfen, damit er weitertrinken kann. Das war schon eine kranke Zeit, sage ich Dir. Co-Abhängig sind nicht nur die Angehörigen, da hat der Flassbeck schon Recht.«
- »In solchen Phasen habe ich mich zur Arbeit geschleppt und bin abends ins Bett gefallen, aber sowas von tot. Auch an den Wochenenden habe ich fast nur geschlafen, diese Müdigkeit, die hatte mich so ganz fest im Griff.«
- »Wenn dein Mann dein Busgeld versoffen hat, dann kommst Du nicht zum Vorstellungsgespräch. Das können sich andere gar nicht vorstellen, aber das ist so. Das geht dann halt nicht.«
- »Bei Sucht, da sprechen wir ja auch von einem Familiengeheimnis und genauso ist es auch am Arbeitsplatz. Da will man dann bloß nicht auffallen, immer alles perfekt machen, damit niemand fragt – was ist denn da los? Ja, und dieses ›perfekt machen‹ und nicht hinter die Fassade schauen lassen, das wird dann zur Falle.«
- »In der Schule hatte ich wohl Glück und konnte mich durchmogeln, aber Struktur hat mir immer gefehlt. Das hat mir auch so keiner beigebracht nicht, und so gehe ich auch gerne in den Tag hinein und schaue, was kommt. Wer weiß, was morgen kommt, warum dann also planen?«
- »Da sagen wir ja immer, das Leben mit Sucht ist wie eine Achterbahn. Ich war in den letzten zwei Jahren bei sieben verschiedenen Arbeitgebern. Das ist vielleicht so meine Achterbahn.«
- »Loslassen lernen, auch in der Arbeit, das war ein wichtiger Schritt für meine Genesung.«
- »Kontrollieren und Listen, wo ich mich beworben hab', haben die haben wollen. Da hab ich gesagt, hier, geht zu meinem Mann, nicht zu mir, der hat seit 20 Jahren nichts geschafft, aber da haben die sich nicht getraut.«
- »Perfekt musste immer alles sein und alles kontrollieren und verantworten wollte ich – typisch Angehörige, sag' ich nur.«
- »Gegen Hartz IV habe ich mich lange gewehrt, so lange, wie es ging eben. Weil, geschämt habe ich mich und kontrolliert gefühlt, ganz gläsern, fast nackt, was die alles wissen wollten, was Jahre, ach, was jahrzehntelang keiner über unsere Familie erfahren sollte.«



»In solchen Phasen habe ich mich zur Arbeit geschleppt...«

HERAUSFORDERUNGEN

MERKMALE

ILLUSTRATIONSZITATE¹ AUS DEN ANGEHÖRIGENINTERVIEWS

2.3 An- und Abwesenheitszeiten und Arbeitsplatzpräferenzen:

- Zunahme von krankheits- oder familienbedingten Fehlzeiten
- Nichteinhalten von Arbeitszeiten durch überlange Pausen oder Arbeitszeitenüberschreitung
- Präferenz für Arbeitsplätze mit hoher zeitlicher Belastung, geringer sozialer Kontrolle, Arbeitszeitkonten, Gleitzeitregelungen oder familienfreundlichen Arbeitsmodellen

2.4 Soziales Verhalten gegenüber Vermittlungsfachkräften, Vorgesetzten, Kollegen und Kunden:

- Hohe Anpassungsbereitschaft
- Gesteigerte (Un-) Zuverlässigkeit
- Stimmungsschwankungen
- Unangemessene Reaktionen
- Geringes Selbstbehauptungs- und Konfliktlösungsvermögen
- Großes Bedürfnis nach Kontrolle
- Kritiksensibilität (Sachkritik wird als Kritik an der Person gedeutet)

- »Ohne meinen Job im Außendienst wäre das all die Jahre gar nicht gut gegangen. Ja, sicher hatte ich manchmal ein schlechtes Gewissen, deshalb habe ich in meinem Job auch immer 120% gegeben und dann gab es wieder Tage, da ging es dann nur wieder um den Suchtkranken und danach dann wieder 120%, denn den Job verlieren, das konnte ich mir nicht leisten.«
- »So in der Gastronomie, wenn Du aus einer Trinkerfamilie kommst und mit einem Trinker verheiratet bist, nein, das geht dann halt nicht. Aber dahin vermitteln die bei uns halt gern. Und dann wirst eben erfinderisch, was machst, damit die Dich bloß nicht nehmen.«
- »Ich sage es offen – ich bin ein schlechter Arbeitnehmer. Befehle gab's in meiner Kindheit genug und auch Schläge. Das ist beides jetzt lange vorbei und Befehle lasse ich mir von keinem mehr geben.«
- »Weiterbildung, Außentermin – da war ich immer der Erste. Bloß raus, bloß immer in Bewegung, bloß nicht nachdenken.«
- »Ich war immer überall die ›Ja-Sagerin‹, denn um meine Bedürfnisse ging's ja immer zuletzt. Meine Ausbildung ›Bäcker‹ haben andere für mich ausgesucht – eigentlich wollte ich immer in den Gartenbau – und bei den Kollegen und meinem Chef, denen konnte ich auch nichts abschlagen.«
- »Bei Streit verstumme ich. Keine gute Strategie für einen Teamleiter, oder?«
- »Du wirst schreckhaft und auch dünnhäutig und hast auch Angst, ewig diese Angst, die Kontrolle zu verlieren wie zu Hause. Und dann ist es in der Arbeit wie mit dem Suchtkranken, ich hatte mich nicht mehr unter Kontrolle, wurde laut, richtig schrill und war einfach nicht mehr ich selbst und abends im Bett dann wieder die ewigen Selbstvorwürfe – was hast Du nur wieder getan?«
- »Ich war schon ein Hitzkopf, so ein ganz Wilder. Manche Kollegen, die hatten Angst vor mir, aber mich hats nicht gestört«
- »Die ständige Kritik an einem zuhause, das nagt an einem, da wird man dünnhäutig mit der Zeit und nimmt alles persönlich.«



»Ich war schon ein Hitzkopf ...«

HERAUSFORDERUNGEN

2. HERAUSFORDERUNGEN IM ARBEITSMARKTALLTAG TEIL 3



MERKMALE

2.5 Erwerbskontinuität:

- Langzeitarbeitslosigkeit
- Trotz guter Berufsqualifikationen schwieriger Wiedereinstieg

2.6 Arbeit als Sicherheit

2.7 Fehlende Erholungszeit

3.1 Karriereplanung

3.2 Verlängerung der Lebensarbeitszeit

ILLUSTRATIONSZITATE¹ AUS DEN ANGEHÖRIGENINTERVIEWS

- »Wieviele Angehörige sagen ›Bald trenne ich mich‹ und dann bleiben sie doch, weil sie sich Hoffnungen machen und vielleicht auch wegen des Geldes. Bei mir sind über zwanzig Jahre draus geworden, wo ich nichts eigenes hatte, keine Arbeit und kein Geld, und da draußen, das ist doch entzwichen eine ganz andere Welt.«
- »Burn-out, da bist Du raus. Von einem Tag auf den anderen. Da helfen auch keine 20 Jahre Berufserfahrung. Da fängst Du danach wieder von vorne an, weil, zurück an den alten Platz kannst Du nicht.«
- »Im Berufsleben war ich dann doch sehr erfolgreich. Da habe ich gesehen – wenn Du dich reinkniest, dann bringt das auch was. Das war schon so Genugtuung und auch Wiedergutmachung für all die erfolglosen Versuche mit unserer Tochter.«
- »Die Angst, dass jemand was merkt, was da bei uns zuhause los ist und dass ich dann meinen Job verliere als Alleinverdienerin. Diese Angst, die werde ich nicht vergessen.«
- »Meine Arbeit, die war mir immer wichtig, nicht nur finanziell. Sondern auch so als Rückzugs- oder Zufluchtsort, wo immer alles mehr oder weniger in Ordnung war. Im Job, da war ich eine andere.«
- »[...] und dann gab es wieder Tage, da ging es dann nur wieder um den Suchtkranken und danach dann wieder 120 %, denn den Job verlieren, das konnte ich mir nicht leisten, und auch keine Erholung.«
- »Du bist wie in einem Hamsterrad und rennst eigentlich nur noch der Zeit hinterher. Urlaub habe ich mir nie gegönnt.«
- »Bei mir drehte sich alles nur noch um die Sucht meiner Partnerin. Eigene Ziele so im Beruf waren da nebensächlich. Der Beruf sollte eher Geld bringen, das wir brauchten und mich möglichst wenig von der Suchtkranken ablenken.«
- »Zukunftspläne habe ich mir abgewöhnt.«
- »Die Suchtkranken werden immer jünger und wir als Eltern immer älter, da muss man haushalten mit den Kräften und ja, da sind Sorgen, halte ich da noch bis zur Rente durch, auch gerade, wenn da ein Rückfall passiert.«
- »Private Rentenvorsorge, das sollte jeder haben. Unsere Rente steckt in unserem Sohn, hier noch 'ne Rechnung, da eine Mahnung und ein Vermieter, dem er vergessen hatte, die Miete zu zahlen... ja, so ist das. Das schmerzt schon, da hätte man es sich gut gehen lassen können und stattdessen müssen wir, also mein Mann, jetzt länger arbeiten.«

CHECK-UP TEIL 2: LEITFADEN FÜR EIN PRÄVENTIONS- GESPRÄCH MIT ›ANGEHÖRIGEN‹ IM ARBEITSMARKTKONTEXT

Der Weg Angehöriger zu Hilfe und Unterstützung ist oft ein langer³¹. Während Unterstützung in diesen Fällen so hinausgezögert wird, können sich Problemlagen – so ist es aus der Forschung mit Sucht- und psychisch Kranken bekannt – verschärfen und gesundheitliche Belastungen chronifizieren und in die Arbeitsmarktteilhabe fortschreiben^{22,23}. Das Fürsorgegespräch ist ein etablierter Ansatz des betrieblichen Gesundheitsmanagements, das bisher vor allem bei sich abzeichnenden Suchtproblemen zum Einsatz kommt. Ziel des Fürsorgegesprächs ist es, dass z. B. Führungskräfte, Kollegen oder betriebliche Suchtkrankenhelfer Auffälligkeiten, die mit gesundheitlichen oder sozialen Problemen der Person verbunden und im Arbeits- und Leistungsverhalten von Beschäftigten bemerkt werden, an (potenziell) Betroffene herantragen und den Betroffenen soziale Unterstützung angeboten wird, damit akute Probleme überwunden, Gesundheit gefördert und weitere Auffälligkeiten vermieden werden können^{2(p122)}.

Vorhandene Gesprächsleitfäden (s. o., vgl. »Symptome mit System«) für das Fürsorgegespräch mit Suchtbetroffenen wurden von uns für das Gespräch mit Angehörigen angepasst und in einen Leitfaden für eine angehörigensensible Gesprächsführung im Arbeitsmarktkontext (also z. B. im

Unternehmen oder der Arbeitsverwaltung) umgesetzt. Aus zwei Gründen haben wir dazu den Begriff ›Fürsorgegespräch‹ gegen den Begriff ›Präventionsgespräch‹ getauscht: (1) Zum einen denken wir, dass ein sensibler Umgang mit Angehörigen und ihren Herausforderungen am Arbeitsmarkt helfen kann, Beobachtungen des Umfeldes an Angehörige zu spiegeln, Wege zu Unterstützung aufzuzeigen und damit sowohl für die Gesundheit als auch für die Beschäftigungsfähigkeit, Lebenszufriedenheit und -qualität Angehöriger präventiv und stützend zu wirken. Zum anderen (2) ist im Präventionsgedanken – wie bereits auch schon in den ›Kriterien guter Praxis‹ in den Jobcentern²⁰ – der Gedanke der Vernetzung von Hilfen³² angelegt. Hilfe finden wir Angehörige häufig in der Selbsthilfe, aber auch in der Sucht- und Familienberatung, beim Hausarzt^{33,34} oder dem Therapeuten. Um im Gespräch Unterstützung anzubieten und präventiv zu wirken, ist es daher aus unserer Perspektive wichtig, dass in Unternehmen und Einrichtungen der Arbeitsverwaltung nicht nur Wissen über Angehörige, sondern über die Grenzen von Betrieben und Arbeitsverwaltungen hinaus auch Vernetzung mit bestehenden Hilfsangeboten vor Ort besteht.

Welche Punkte sollten aus unserer Perspektive als Angehörige z. B. Führungskräfte, Personalverantwortliche, Kollegen, Fallmanager und Arbeitsvermittler für eine angehörigenzentrierte Kommunikation beachten?



Leitfaden für Präventionsgespräche mit Angehörigen

² Da es darum geht, im Präventionsgespräch unbestätigte, erste Eindrücke und Sorge zum Ausdruck zu bringen, sind im Folgenden mit dem Begriff »Angehörige«, all diejenigen Mitarbeiter, Kollegen, Kunden etc. gemeint, die sich selbst als Angehörige identifizieren und all diejenigen, bei denen es sich aus Ihrer Perspektive um Angehörige handeln könnte.

CHECK-UP TEIL 2: LEITFADEN FÜR EIN PRÄVENTIONS- GESPRÄCH MIT ›ANGEHÖRIGEN‹ IM ARBEITSMARKTKONTEXT

1. Durch Transparenz Vertrauen schaffen:

Nicht nur aufgrund fehlender Krankheitseinsicht, sondern auch aus Angst vor (weiterer) Stigmatisierung und Scham können Angehörige ihre Situation in Unternehmen und Einrichtungen der Arbeitsverwaltung verbergen. Dadurch können sich Barrieren zu betrieblicher Unterstützung und zur Bedarfserkennung seitens der SGB II-Träger ergeben. Machen Sie bereits zu Beginn das Anliegen des Gesprächs deutlich: Das Präventionsgespräch ist eine Reaktion auf Hinweise (s. Check-UP Hinweisliste) am Arbeitsplatz bzw. im Vermittlungsprozess, die auf (zukünftige) Störungen im Arbeitslauf bzw. im Wohlbefinden, der Lebensqualität und Beschäftigungsfähigkeit der Angehörigen¹ hindeuten könnten. Das Präventionsgespräch hat damit einen vorbeugenden Charakter, der sowohl Belastungen als auch Belastungschronifizierungen vorbeugen soll. Es soll der Spiegelung Ihrer Beobachtungen an die Angehörigen dienen. Erwerbsarbeit und Arbeitslosigkeit sind für Angehörige oft mit existentiellen Unsicherheiten und Ängsten verbunden und Transparenz im Gespräch zu Gesprächszielen, Zuständigkeiten und Datenschutz kann helfen, Unsicherheiten auf Seiten der Angehörigen zu vermeiden und Vertrauen aufzubauen.

2. Im Gespräch sichtbar sein:

Sprechen Sie Ihre Eindrücke an und machen Sie deutlich, dass es sich dabei erst einmal um Eindrücke handelt, die Sie den Angehörigen gerne widerspiegeln möchten. Betonen Sie dabei auch Ihre Sorge um die Angehörigen und Ihre Bereitschaft, Unterstützung anzubieten (s. Punkt »Unterstützung signalisieren«). Sprechen Sie Ihren persönlichen Eindruck an, dass Probleme vorliegen, die auch am Arbeitsplatz bzw. im Vermittlungsprozess sichtbar werden. Schaffen Sie Transparenz durch konkrete Nennungen bzw. Auffälligkeiten. Die Check-UP Hinweisliste (s. o.) kann Ihnen hier dabei helfen, ›Normalität

herzustellen«, indem Sie darauf verweisen können, dass es sich bei den von Ihnen beobachteten Verhaltensmerkmalen nicht um ›individuelles Versagen‹, sondern um Merkmale handelt, die viele Angehörige betreffen und die erfolgreich adressiert (s. Punkt »Unterstützung signalisieren«) werden können. Vergessen Sie dabei nicht: Das, was Sie beobachten und als Hinweise wahrnehmen, kann viele Ursachen haben. Fragen Sie auch die Angehörigen nach ihren eigenen Erklärungen.

3. Sensibilisieren statt disziplinieren:

Heben Sie deutlich hervor, dass Präventionsgespräche Wege der Kontaktaufnahme sind und keinen disziplinierenden Charakter haben. Dies ist besonders wichtig, um auch im Kontext der Arbeitsverwaltung eine symmetrische und vertrauensvolle Kommunikationsatmosphäre zu schaffen. Ziel des Präventionsgesprächs sind die Spiegelung wahrgenommener Hinweise (s. Check-UP Hinweisliste) und der Verweis auf Unterstützungsmöglichkeiten (s. z. B. Flyer AnNa, Dream Team, EuLe).

4. Unterstützung signalisieren:

Verdeutlichen Sie, dass es in dem Gespräch in erster Linie um die Unterstützung der Angehörigen geht. Signalisieren Sie: Unterstützung vonseiten der Vorgesetzten, Führungskräfte, Fallmanager etc. kann angeboten werden, wenn dies erwünscht ist.

5. Gemeinsame Entscheidungsfindung statt Entscheidungsdruck:

Wenn wir uns im Gespräch mit Ihnen als Angehörige offenbaren, kann uns Ihr Mitgefühl helfen und Ihre Hoffnung uns unterstützen. Angehörigen erwachsenen Kindern zu raten, mit dem ›Schrecken ihrer Kindheit abzuschließen‹ oder Partnern die Empfehlung zu geben, sich von den Betroffenen zu trennen, ist häufig eine Überforderung und als Rat nicht immer angebracht. Gerade auch bei Gewaltopfern kann bei Trennung eine akute Gefährdung bestehen. Hilfreich ist, wenn Sie uns

verschiedene Handlungs- und Unterstützungsoptionen aufzeigen (s. Punkt »Vernetzen Sie sich«) und uns dazu motivieren, uns mit der Situation auseinanderzusetzen (s. Punkt ›Motivieren statt bevormunden‹). Fragen Sie daher immer konkret nach, ob die Angehörigen Unterstützung wünschen und wie eine solche Unterstützung aussehen könnte. Eine akzeptierende und anerkennende Ansprache kann oftmals mehr erreichen als Entscheidungsdruck oder eine Betonung der Mitwirkungspflichten und potentiellen Sanktionen.

6. Motivieren statt bevormunden:

Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung³⁵ (motivational interviewing), wie sie sich bereits in den Kurzinterventionen für Suchtkranke bewähren, können auch Angehörigen helfen: Geben Sie Angehörigen – z. B. indem Sie auf die Hinweisliste Bezug nehmen – darüber Rückmeldung, wie unsere Verhaltensweisen am Arbeitsmarkt auch in Zusammenhang mit der Suchterkrankung in unserer Familie stehen können (Feedback). Erkennen und sprechen Sie die Stärken (resources), Fähigkeiten (self-efficacy) und auch Verantwortung (responsibility) der Angehörigen, etwas an ihrer Situation zu verändern, im Gespräch an. Seien Sie dabei empathisch und haben Sie auch Verständnis für die Schwierigkeiten einer Lebens- und Verhaltensänderung (empathy) und geben Sie uns Raum, selbst zu entscheiden, was, wieviel und wann wir etwas in unserem Leben verändern können und möchten. Genau wie Suchtkranke können sich auch Angehörige in verschiedenen Änderungsstadien (stages of change) befinden. Vermeiden Sie unnötige Veränderungsvorschläge (z. B. den, sich zu trennen), wenn Angehörige dafür nicht zugänglich sind. Respektieren Sie auch, wenn Angehörige nicht auf Beratungsangebote eingehen wollen – durch das Gespräch haben Sie bereits Bereitschaft signalisiert, auch zu einem späteren Zeitpunkt auf das Thema zurückzukommen und eine wichtige Tür für Angehörige geöffnet. Mit Sätzen wie »*Das ist keine einfache Situation für Sie und Sie fühlen sich gerade vielleicht auch etwas allein, aber es gibt viele andere Menschen, denen es ähnlich geht wie Ihnen. Einigen von diesen Menschen haben Hilfsangebote vor Ort geholfen. Ich gebe Ihnen da mal einen*

Flyer mit Ansprechpartnern mit. Die Angebote sind anonym und kostenlos und sie verpflichten Sie zu nichts« können Sie Flyer zu bestehenden Angeboten an Angehörige weitergeben.

7. Vernetzen Sie sich:

Machen Sie sich mit vorhandenen Angeboten für Angehörige vor Ort vertraut, vernetzen Sie sich vielleicht auch mit diesen und machen Sie Angehörige auf die Angebote aufmerksam. Flyer, wie sie im AnNet-Projekt für Dream Team, EuLe und AnNa erstellt wurden, aber auch die lokale KISS-Informationsstelle, die Suchtberatungsstellen, Arbeitskreise wie das ›Netzwerk betriebliche Suchtkrankenhilfe‹ von der Salto Suchthilfe in Salzgitter oder das Lokale Bündnis für Familie vor Ort, können bei der Vernetzung helfen.

8. Grenzen ziehen:

Veränderung braucht Zeit und nicht jeder ist bereit, sofort etwas zu verändern. Ein vertrauliches Gespräch mit Ihnen kann uns entlasten, aber beim Verstehen und Verändern können oft Angebote wie Selbsthilfegruppen oder Fachkräfte der Suchthilfe besser helfen. Stehen Sie als Ansprechpartner zur Verfügung, aber haben Sie keine Angst, Grenzen zu ziehen, wenn unsere Worte nicht von der Bereitschaft getragen sind, langfristig etwas zu verändern. Wenn im Zusammenhang mit der familiären Suchtproblematik oder der sich daraus entwickelnden psychischen Belastungen Angehöriger die Verletzung von Pflichten oder Störungen am Arbeitsplatz oder im Vermittlungsprozess entstehen, könnte ein lösungsorientiertes Interventionsgespräch helfen. Dieses könnte – ähnlich wie ein Stufenplan^{36(p122)} bei suchtbetroffenen Mitarbeitern – dazu beitragen, eigenverantwortliche Verhaltensänderungen herbeizuführen und sich Unterstützungsangeboten zu öffnen.

CHECK-UP TEIL 3: EMPFEHLUNGEN ZUR FÖRDERUNG DER ARBEITSMARKTTEILHABE ANGEHÖRIGER

Aufbauend auf unseren Erfahrungen als Angehörige, den Forschungsarbeiten der AnNet-Gruppen Peine (vgl. u. a. »Symptome mit System«), Salzgitter (vgl. u. a. »Zukunftswerkstatt«) und Landau¹⁷ sowie den Ergebnissen aus einer Interviewbefragung von AnNet-Angehörigen zu deren Arbeitsmarktteilhabeerfahrungen¹³ möchten wir folgende Empfehlungen zur Förderung der Arbeitsmarktteilhabe Angehöriger formulieren:

Darüber sprechen – auch am Arbeitsmarkt: Auch bei Arbeitgebern und in der Arbeitsverwaltung ist ein Umdenken wichtig – sie sollten hinschauen, anstatt wegzuschauen (»Der hat seine Probleme schon im Griff«) – sowohl bei den Suchtkranken als auch bei den Angehörigen. Denn: Auch Angehörige können durch die Suchterkrankung einer nahe stehenden Person selbst körperlich oder psychisch krank werden. Betriebe und Arbeitsverwaltungen könnten hier wichtige Präventionsarbeit leisten. Diese käme nicht nur den Angehörigen, sondern auch dem Wirtschaftsstandort zugute, denn wir leben in einer alternden Gesellschaft und Fachkräfte werden gebraucht.

Ganzheitliche Suchtaufklärung: Information und Aufklärung nicht nur über den Gebrauch und die Wirkung von Suchtmitteln, sondern auch über die gesundheitlichen und sozialen Folgen für das Umfeld sollten ein kontinuierlicher Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Gesundheitsförderung im Rahmen der Beschäftigungsförderung z. B. im Rahmen von Gesundheitstagen und Betriebsversammlungen sein.

Interessen als Anknüpfungspunkte: Für Informations- und Aufklärungsveranstaltungen sollten als Anknüpfungspunkte die konkreten Belange und Interessen der Beschäftigten und Vermittlungskunden im Vordergrund stehen und bei Bedarf auch bestimmte Zielgruppen (z. B. Alleinerziehende, Auszubildende, Langzeitarbeitslose, bestimmte Berufsgruppen) durch ergänzende Angebote angesprochen werden. Ein Weg zur anonymen Abfrage der Informationsbedürfnisse könnte z. B. ein Onlinefragebogen oder auch ein »Gesundheitsbriefkasten« auf Fluren oder in Pausenräumen sein.

Durchblick schaffen – Informationen auf einen Blick: Informationen zur Aufklärung und über Hilfsangebote sollten möglichst kurz, strukturiert, übersichtlich und in der »Sprache« und »Wortwahl« der Menschen sein, die sie erreichen möchten (vgl. Dream Team). Bei der Erstellung von Informationsunterlagen helfen nicht nur Materialien der DHS, der Landesstellen für Suchtfragen und der BZgA, sondern auch die Einbeziehung von Praxis- (z. B. aus der Suchthilfe) und Erfahrungsexperten (z. B. von Selbsthilfegruppen). Eine »Wand der Vielfalt«, also z. B. ein Infobrett mit verschiedenen Hilfsangeboten aus Selbsthilfe, Gesundheits- und Sozialwesen könnte Angehörigen helfen, das für sie passende Unterstützungsangebot zu finden (vgl. AnNet-Zukunftswerkstatt).

Angehörigensensibles Umfeld: Beim Thema Unterstützung für Angehörige ist im Arbeitsumfeld Sensibilität bei Ansprechpartnern (u. a. Kollegen, Vorgesetzten, Personalverantwortlichen, Betriebsärzten, Vermittlungsfachkräften, Case Managern etc.) gefragt. Neben entsprechender Eignung sind auch fachliche und kommunikative Fähigkeiten sowie »Werkzeuge« wichtig (vgl. Leitfaden für ein Präventionsgespräch).

In Einzelfällen denken – in Netzwerken handeln: Fach- und Erfahrungswissen, Offenheit und ein Zeitbudget seitens der Ansprechpersonen sind wichtig, um mit anderen Fach- und Erfahrungsexperten auch über die Unternehmens- und Einrichtungsgrenzen hinaus vernetzte und für den Einzelfall adäquate Hilfe anzubieten. In klein- und mittelständischen Betrieben, aber auch in der Arbeitsverwaltung könnten durch die Vernetzung verschiedener Unterstützungsangebote des Gesundheits- und Sozialwesens für Angehörige noch mehr personenzentrierte Unterstützungsangebote – wie sie bereits in der Unterstützung Suchtkranker existieren¹⁷ – geschaffen werden.

Individuelle Zeitgestaltung: Wenn Beratungsstellen und Therapeuten nur am Vormittag Therapieplätze zur Verfügung stellen können oder auch längere Anfahrtszeiten z. B. im ländlichen Raum zum Besuch von Selbsthilfegruppen in Kauf genommen werden müssen, sind Angehörige oftmals von flexiblen Arbeitszeitregelungen durch ihre Arbeitgeber abhängig, um ihre Gesundheit und damit auch ihre Beschäftigungsfähigkeit zu sichern. Eine solche Flexibilität, Ansprechpartner oder Therapeuten während der Arbeitszeit besuchen, aber auch – noch weiter zu entwickelnde – Online-Angebote können helfen, Krisen abzufangen. Vonseiten der Arbeitgeber, aber auch seitens der Vermittlungsfachkräfte beim Jobcenter wäre es gut, individuell zu schauen, warum jemand einen Zeitbedarf hat und Zeiträume für »Auszeiten« und »Behandlung« sowie »Selbstfürsorge« gemeinsam zu planen. Die Inanspruchnahme von Hilfe sollte nicht als Vermittlungs- oder Betriebshindernis, sondern – vergleichbar mit einer Weiterbildung – als aktive Mithilfe bei der eigenen Gesundheits- und Beschäftigungsförderung betrieblich und institutionell verankert werden.

Erfahrungsexperten in das Hilfenetzwerk einbeziehen: Nebenamtlich tätige Ansprechpersonen, z. B. aus der Selbsthilfe, können eine Bereicherung für die Unterstützung Angehöriger sein. Neben der Freistellung für eine solche Tätigkeit in Unternehmen wären auch für die Zusammenarbeit mit Erfahrungsexperten in der Arbeitsverwaltung weitere Absprachen nötig, um z.B. die Zusammenarbeit und weitere Vernetzung, aber auch die Schweigepflicht und Unterstützung der Erfahrungsexperten z.B. durch Supervisions- und Weiterbildungsangebote zu regeln.

Lotsen zur systematischen Verknüpfung von Präventionsangeboten: Leider muss man manchmal zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit durch Reha-Maßnahmen oder Therapien dem Arbeitsmarkt bzw. Arbeitgeber erst länger nicht zur Verfügung stehen (z. B. durch Krankheit), wenn es erst eine »Arbeitsunfähigkeit« braucht, um Hilfebedarf gegenüber den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern zu dokumentieren (vgl. Symptome mit System). Arbeit ist oftmals ein wichtiger Halt für uns, und genau diesen »Halt« müssen wir in solchen Situationen aufgeben (durch Krankheit), um Unterstützungsbedarfe zu dokumentieren. Präventionslotsen in Betrieben und Einrichtungen der Arbeitsverwaltung könnten helfen, primär-, sekundär- und tertiärpräventive Unterstützungsbedarfe differenziert und flexibel aufzugreifen und mit personenbezogenen Unterstützungsangeboten und ggf. therapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen systematisch zu verknüpfen. Angehörige könnten so – ähnlich wie in der betrieblichen Suchtkrankenhilfe und in der Arbeit mit Menschen mit psychischen Belastungen im SGB II^{14,23,36} – bei der Feststellung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs und der Navigation und Antragstellung im »Dschungel« von innerbetrieblichen, ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungs-, Therapie- und Rehabilitationsangeboten und darüber hinaus auch bei der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung ihrer Beschäftigungsfähigkeit unterstützt werden.

Prävention gegen Fachkräftemangel: Auch gut qualifizierte Arbeitskräfte²³ können z. B. durch psychische Belastungen aus dem Erwerbsleben ›herausfallen‹. Sowohl Prävention als auch Unterstützung beim beruflichen Wiedereinstieg können nicht nur Angehörigen, sondern auch Unternehmen helfen, einem fortschreitenden Fachkräftemangel vorzubeugen.

Beschäftigungsfähigkeit UND Biografie: Ziel von Beratungs- und Vermittlungsgesprächen mit Fachkräften der Arbeitsverwaltung ist eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt und die Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der Beschäftigungsfähigkeit. Arbeitsmarktteilhabe kann wesentlich zur Stabilisierung der Alltagssituationen Angehöriger beitragen^{13,37}, gleichzeitig ist Erwerbsarbeit aber nur ein Aspekt der Lebenswelten Angehöriger. Studien aus der Arbeitsverwaltung zeigen hier, dass z. B. Begutachtungsergebnisse des Ärztlichen Dienstes häufig nur Momentaufnahmen oftmals komplexer Lebenszusammenhänge abbilden²³. Vermittlungsgespräche, die auch ergründen, was für Angehörige in ihrem Leben momentan wichtig und belastend ist (d.h. psychosoziale Faktoren) und eine gemeinsame Abstimmung mit den Angehörigen, welche Informationen in ihre Akte mit aufgenommen werden sollen, können helfen, Informationslücken auf dem Weg zur Arbeitsmarktintegration zu schließen und Vernetzung mit bestehenden Unterstützungsangeboten herzustellen.

Niederschwellige Unterstützungsangebote: Betriebsärzte und Vertrauenspersonen in Betrieben und in der Arbeitsförderung (z. B. Suchtberater, Vertreter der Selbsthilfe, Suchtkrankenhelfer, betriebliche Selbsthilfegruppen oder speziell ausgebildete Arbeitnehmervertreter) können z. B. in einer freiwilligen Sprechstunde zur Sensibilisierung für die Thematik beitragen und Angehörigen den ersten Schritt in Richtung Hilfe erleichtern. Rahmenbedingungen in Betrieben oder Beschäftigungsförderungseinrichtungen (z.B. mit Blick auf die Arbeitszeitgestaltung) könnten Möglichkeiten zur Teilnahme an innerbetrieblichen (Selbst-)Hilfegruppen ermöglichen.

Hilfen unter einem Dach: Unterstützung für Angehörige sollte im betrieblichen Gesundheitsmanagement, aber auch in der Arbeitsförderung eng mit weiteren Maßnahmen der Gesundheitsförderung vernetzt sein und unter das Leitbild der Gesundheit und Gesundheitsförderung von Beschäftigten und Vermittlungskunden gefasst sein. Gesundheitsmanagement könnte so zum ›Dach‹ werden, unter dem Suchtprävention und Unterstützung für Angehörige gemeinsam und frei von Stigmata mit anderen Maßnahmen und Ansätzen wirken können.

Qualitätsentwicklung in Betrieben und Arbeitsverwaltung durch partizipative Evaluation: Die Passgenauigkeit und Wirksamkeit von Unterstützungsansätzen für Angehörige sollte regelmäßig überprüft und Anpassungen vorgenommen werden, die sowohl der Unterstützung Angehöriger als auch der Steuerung und Entwicklung von Betrieben und Einrichtungen der Arbeitsverwaltung zugutekommen. Eine Vernetzung und Zusammenarbeit von Experten aus Betrieben, Suchthilfe und Arbeitsverwaltung mit Angehörigen und Erfahrungsexperten könnte im Rahmen einer solchen Evaluation und Qualitätsentwicklung helfen, gemeinsam Qualitätskriterien (weiter) zu entwickeln, die betriebs-, vermittlungs- und angehörigenspezifische Besonderheiten berücksichtigen und zu einer adressatenadäquaten Weiterentwicklung bestehender Ansätze im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses beitragen.

Angehörigenspezifische Unterstützungsangebote: Systeme der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, wie sie bereits für die Unterstützung Suchtkranker in Betrieben etabliert werden konnten (s.o), sollten auch systematisch für die Vermeidung psychischer Beeinträchtigungen und den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von Angehörigen genutzt werden. Dabei spielt neben der Vernetzung auch eine – auf die Herausforderungen sowie körperlichen (vgl. »Symptome mit System«) und psychischen Belastungen Angehöriger abgestimmte – Angebots- und Unterstützungsgestaltung eine wesentliche Rolle.

Beschäftigungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit: Mit Blick auf die Suchttherapie und deren Finanzierung durch die Rentenversicherungsträger bleibt zu reflektieren, ob vielleicht zu sehr auf (kurzfristige) Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt geschaut und dadurch Lebenszufriedenheit, biografische Kontinuität und eine langfristige Wiedereingliederung in soziale Lebenszusammenhänge in den Hintergrund geraten³⁸. Wird sich auch bei zukünftigen Unterstützungsangeboten für Angehörige alles um die Beschäftigungsfähigkeit Angehöriger drehen und z. B. ältere Angehörige³⁹, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, dadurch bedroht sein, hier durchs Hilferaster zu fallen?

Arbeitsmarktbezug von Therapie und Unterstützung: In der Psychotherapie und psychosomatischen Rehabilitation kommt den Themen ›Angehörige‹ und ›Arbeitswelt‹ nicht immer die erforderliche Bedeutung zu (vgl. »Perspektiven angehender Fachkräfte«) und eine stärkere Integration dieser Themen in die Ausbildung von Psychiatern, Ärzten und Therapeuten erscheint wünschenswert, denn Arbeitsmarktteilhabe kann eine wichtige Quelle von Sicherheit und Kontinuität für Angehörige sein. Während ein ›Zuviele‹ an Arbeitsmarktfokus den Blick auf Angehörige mit ihren Herausforderungen und Belastungen einseitig verengen (s.o.) könnte, wäre auch hier eine Balance zwischen ›Beschäftigungsfähigkeit‹ und ›Lebenszufriedenheit‹ wichtig.

QUELLENANGABEN

1. Newton E, Shepherd N, Orford J, Copello A. Could the Substance Misuse of a Relative be an Important Factor for Those Seeking Help for Anxiety and Depression? A Preliminary Prevalence Study within Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). *Behav Cogn Psychother J Br Assoc Behav Cogn Psychother*. 2016;44(6):723-729.
2. Klein M. Mit einem suchtkranken Partner zusammenleben. 2002. <http://www.familienhandbuch.de/partnerschaft/beziehungsprobleme-und-losungen/mit-einem-suchtkranken-partner-zusammenleben>. Accessed November 17, 2012.
3. Zobel M. *Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Entwicklungsrisiken und -chancen*. Göttingen: Hogrefe; 2006.
4. Klein M. Das personale Umfeld von Suchtkranken. In: *Psychologische Therapie Der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. ; 2001:201-230.
5. Moos RH. Stress and Coping Theory and Evaluation Research An Integrated Perspective. *Eval Rev*. 1992;16(5):534-553. doi:10.1177/0193841X9201600505.
6. Colder CR, Chassin L. The stress and negative affect model of adolescent alcohol use and the moderating effects of behavioral undercontrol. *J Stud Alcohol*. 1993;54(3):326-333.
7. Küstner U, Thomasius R, Sack P-M, Zeichner D. Ambulante Behandlung von Drogenabhängigen. In: *Familie Und Sucht: Grundlagen - Therapiepraxis - Prävention*. ; 2005:223-229.
8. EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks – European Risk Observatory Literature Review. 2014. <https://osha.europa.eu/de/tools-and-publications>.
9. Coid J. Alcoholism and violence. *Drug Alcohol Depend*. 1982;9(1):1-13.
10. Mattson RE, O'Farrell TJ, Lofgreen AM, Cunningham K, Murphy CM. The role of illicit substance use in a conceptual model of intimate partner violence in men undergoing treatment for alcoholism. *Psychol Addict Behav*. 2012;26(2):255-264.
11. O'Farrell TJ, Murphy CM. Marital violence before and after alcoholism treatment. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63(2):256-262.
12. Schuerger JM, Reigle N. Personality and biographic data that characterize men who abuse their wives. *J Clin Psychol*. 1988;44(1):75-81.
13. Schnute M, Lack J, Böker J. Sucht und Beschäftigungsfähigkeit - Arbeitsmarktteilhabe Angehöriger. in Vorbereitung. 2017.
14. Salto Suchthilfe Salzgitter, AnNet Gruppe Perspektiven am Arbeitsmarkt, Kreisvolkshochschule Peine, Industrie- und Handelskammer Braunschweig, Schnute M, Gabka M, Geißmar I, Huppertz T, Siebert G, Giere F, Briesenick P. Fachtag: Suchtprobleme im Betrieb - Vorteile eines betrieblichen Unterstützungssystems. 2016.
15. AnNet Gruppe Perspektiven am Arbeitsmarkt, Böker J, Lack J, Schnute M. Arbeitsmarktteilhabe und betriebliche Gesundheitsförderung Angehöriger. Vortrag beim »Netzwerk betriebliche Suchtkrankenhilfe« der Salto Suchthilfe Salzgitter. April 2016.
16. AnNet Gruppe Perspektiven am Arbeitsmarkt, Schnute M. Perspektiven Angehöriger am Arbeitsmarkt- erste Ergebnisse einer partizipativen Studie mit und Für Angehörige von Suchtkranken. Vortrag beim Aufsichtsrattreffen des Jobcenters Peine am 08.08.2016. 2016.
17. Schnute M, AnNet Gruppe Therapieverbund Ludwigsmühle, Böker J, Lack J. Perspektiven Angehöriger auf ihre Einbeziehung in die Suchthilfe: Ergebnisse einer Photovoice Studie. under review. 2017.
18. Uhle T, Treier M. *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen*. 3rd ed. Berlin Heidelberg: Springer; 2015.
19. Henkel D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev*. 2011;4(1):4-27. doi:10.2174/1874473711104010004.
20. Henke J, Henkel D, Nägele B, Pagels N. Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II : Abschlussbericht. 2009. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-310857>. May 20, 2017.
21. Henkel D, Zemlin U. *Arbeitslosigkeit und Sucht: Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag Frankfurt a.M. Der Verlag für angewandte Wissenschaft; 2009.
22. Rothe I, Adolph L, Beermann N, Schütte M, Windel A, Grewer A, Lenhardt U, Michel J, Thomson B, Formazin M. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Wissenschaftliche Standortbestimmung. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, ed. 2017. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Psychische-Gesundheit.html>.
23. Schubert M, Parthier K, Kupka P, Krüger U, Holke J, Fuchs P. Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB Forschungsbericht 2013. 2013.
24. Deutscher Verkehrssicherheitsrat. Suchtprobleme im Betrieb. 2016.
25. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, ed. Suchtprobleme im Betrieb - Alkohol, Medikamente, illegale Drogen. 2008.
26. Jung D, Petermann O, Windemuth D. Psychische Erkrankungen im Betrieb: Eine Orientierungshilfe für die Praxis. Universum Verlag GmbH; 2014.
27. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, ed. Leitfaden für Betriebsärzte zu psychischen Belastungen und den Folgen in der Arbeitswelt. 2010. http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/bes_praevgr/arbeitsmedizin/documents/leitfaden_psyche_netz_100310.pdf.
28. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, ed. Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlung. Ausschuss für Arbeitsmedizin. 2016. <http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a450-psychische-gesundheit-im-betrieb.html>.
29. Achatz J, Trappmann M. Arbeitsmarktvermittelte Abgänge aus der Grundsicherung: Der Einfluss von personen- und haushaltsgebundenen Arbeitsmarktbarrieren (IAB-Discussion Paper, 02/2011). 2011.
30. Orford J. *Addiction Dilemmas: Family Experiences from Literature and Research and Their Lessons for Practice*.; 2011.
31. Schnute M. Transitions in care: What can family-members of people who struggle with substance use teach us about care integration? Vortrag bei der 17th International Conference on Integrated Care. 2017.
32. World Health Organization, ed. The World Health Report 2001 –Mental health: New understanding, new hope. 2001. <http://www.who.int/whr/2001/en/>. Accessed November 11, 2011.
33. Schnute M, Lack J. Suchtbetroffene Familien und Digitalisierung in der Hausarztpraxis. in Vorbereitung. 2017.
34. Schnute M. Quality and access to primary care for families facing substance use challenges. Vortrag bei der International Health Conference at Kings College London 2016. 2016.
35. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. 1st ed. New York: Applications of Motivational Interviewing; 2008.
36. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ein Leitfaden für die Praxis. 2011. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Arbeitsplatz/Qualitaetsstandards_DHS_2011.pdf.
37. Schnute M. Erwerbssituationen junger erwachsener Angehöriger: Handlungsbedarfe, Institutionelle Verortungen und Potentiale für integrierte Unterstützung. Vortrag beim Deutschen Suchtkongress 2015. 2015.
38. Kratz D. *Hilfe und Entfremdung: Ein biographischer Blick auf Langzeitarbeitslosigkeit und Hilfen zur Arbeit im Kontext der Sozialen Arbeit*. 1st ed. Weinheim: Beltz Juventa; 2015.
39. Schnute M, Lack J. Sucht und Angehörige im höheren Lebensalter. in Vorbereitung. 2017.

Dieser Beitrag steht auch als elektronische Publikation im Internet zur kostenfreien Verfügung: DOI 10.18442/669

IMPRESSUM

Redaktion:

Jessica Böker, Christiane Drozd, Tatjana Gottschalk, Friederike Herold,

Christine Hofheinz, Julia Lack, Tabea Noack, Marion Schnute,

Wolfgang Schröder, Renate Soellner

Gestaltung:

Meike Töpferwien, www.meike-toepperwien.de

Bildquellen:

www.shutterstock.com, Fotografen: A. L. Spangler (Cover, S.172,176); wishmaster_uz (S.5,25,38,55,115,154,158,175,225); Lars Hallstrom (S.6,7,); Eugenio Marongiu (S.8,9); sfam_photo (S.14,15); uzursky (S.16,17); yurchello108 (S.20,21); Dmytro Zinkevych (S.24); optimarc (S.26,27,41,108,109,192,193); I Believe I Can Fly (S.28,29); jannoon028 (S.33,112,113,146-149,234,); Lightspring (S.33,160,161,200); MyImages – Micha (S.34,35); Yellowj (S.37); Photographee.eu (Cover, S.39,60,61,64,69,89,90,91,100,101, 110,111,130,131,140,141,152,153,168,180,182,183,190,191,216,217,232,234,236,240); Sergey Nivens (S.44,67,120,121,129,139,186,187,234); Djem (S.50,51); Jesus Keller (S.46,47); Nneirda (S.56,57); Kzenon (S.58,59); Ollyy (S.59,82,83); Rob Bayer (Cover, S.59,103,105,128,129,136,137,177,202); PhotoMediaGroup (S.64,); Africa Studio (Cover, S.64,69,117,159,184,185); Romas_Photo (S.64,65); Ruslan Guzov (Cover, S.69,129,142,143,150,151); Rawpixel.com (S.70,71,96,97,138,139,159,170,222,223,248,249); Juri Pozzi (Cover, S.76,77); igorstevanovic (S.98,99,102,116,117,126,127,134,135,150,186,189,238); Tatchaphol (S.103); vectorfusionart (S.116,117); siam.pukkato (S.130); Phoenixns (S.132,133,177,206,207); KonstantinChristian (Cover, S.144,144); Jari Hindstroem (S.155,202,203,209); Wandew (S.156,157); Dominik Bruhn (S.164,165); beebos (S.166,167); watcher fox (S.177,210,211); Syda Productions (S.178,179,226); Lemberg Vector studio (S.181); pixelheadphoto digitalskillet (S.192); DorSteffen (S.194); g-stockstudio (S.194); VLADGRIN (S.196,197); SpeedKingz (S.197); lassedesigns (S.198,199); altanaka (S.199); Axel Bueckert (S.212,213); REDPIXEL.PL (S.218,219); wavebreakmedia (S.220,221); Saroto (S.226,227); Mila Supinskaya Glashchenko (S.230,231); Allgord (S.242,243); bonchan (S.28,243); shutter_o (S.244,245); Kei Shooting (S.246,247).
TimToppik/photocase.de (S.63,66); simonthon.com/photocase.de (S.81); m.voigt.1982/photocase.de (S.92,93)
Lukas-Werk Braunschweig (S.204), Elternkreis Hildesheim (S.193)

Druck und Herstellung:

Docupoint Magdeburg, 39179 Barleben

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig.

Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier

Printed in Germany

© Universitätsverlag Hildesheim, Hildesheim 2017

www.uni-hildesheim.de/bibliothek/publizieren/universitaetsverlag/

Alle Rechte vorbehalten

ISBN 978-3-934105-83-6

Dieses Buch steht auch als elektronische Publikation im Internet zur kostenfreien Verfügung:

DOI 10.18442/660



Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Wie geht es Angehörigen von Menschen mit problematischem Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen in Deutschland? In welche Unterstützungsnetzwerke sind sie eingebunden und welche Themen und Probleme sind im Alltag für Angehörige wichtig? Diesen und anderen Fragen sind im Rahmen des Forschungsprojektes »AnNet-Angehörigennetzwerk« fünf Angehörigengruppen von 2015 bis 2017 auf den Grund gegangen. Das Herzstück jeder AnNet-Gruppe bildeten die Erfahrungen, Fragen und Probleme der Gruppenteilnehmer, welche in der Zusammenarbeit der Angehörigen als »Mitforschende« zum »Forschungsgegenstand« wurden. Im gemeinsamen Arbeits- und Forschungsprozess haben Angehörige und Betroffene als Erfahrungsexperten, Hochschulforscher und Praxisexperten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen voneinander gelernt, gemeinsam Antworten gefunden, Strategien entwickelt und in lokalen Initiativen umgesetzt. Das AnNet-Arbeitsbuch fasst die Erkenntnisse, Erfahrungen und Empfehlungen aus zwei Jahren AnNet-Projekt zusammen. Als Handlungshilfe richtet sich das AnNet-Arbeitsbuch an Angehörige, Betroffene, Entscheider, (angehende) Praktiker in Wissenschaft, Gesundheits- und Sozialwesen und alle weiteren Menschen, die daran interessiert sind, die Lebens- und Unterstützungssituationen von Angehörigen und betroffenen Familien noch weiter zu verbessern.

